



**University of
Zurich^{UZH}**

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2008

Schweizerische Gesellschaft für Onkologie: Perspektiven

Fuchs, B ; Maake, C

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-14052>

Journal Article

Originally published at:

Fuchs, B; Maake, C (2008). Schweizerische Gesellschaft für Onkologie: Perspektiven. Schweizer Krebs-Bulletin = Bulletin Suisse du Cancer, 28(2):95-96.



SCHWEIZER KREBS- BULLETIN SUISSE DU CANCER

SAKK

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung

NICER

National Institute for Cancer Epidemiology and Registration

SPOG

Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe

KLS/LSC

Krebsliga Schweiz / Ligue suisse contre le cancer

ISREC

Institut Suisse de Recherche Expérimentale sur le Cancer

SASRO

Scientific Association of Swiss Radiation Oncology

SGO

Schweizerische Gesellschaft für Onkologie

OPS

Onkologiepflege Schweiz

Zum Zeitpunkt des Rezidivs oder der ersten Progression
eines hormonrezeptor-positiven Mammakarzinoms...



Progression



kontrollieren

Gewinnen Sie die Kontrolle zurück!

FASLODEX[®]
fulvestrant

Kurzfachinformationen: Faslodex[®] Z: Fulvestrantum; Injektionslösung, Fertigspritze à 250 mg/5 ml; Liste B. I: Lokal fortgeschrittenes oder metastasierendes Mammakarzinom bei postmenopausalen Frauen nach Versagen einer Hormontherapie. D: 250 mg i.m. (=1 Fertigspritze) einmal pro Monat. KI: Überempfindlichkeit, Leberinsuffizienz (Child-Pugh C), Schwangerschaft, Stillzeit. V: Kreatinin-Clearance ≤ 30 ml/min, Leberinsuffizienz (Child-Pugh A, B), aufgrund von i.m. Applikation: Blutungsneigung, Thrombozytopenie, Antikoagulantien. IA: keine klinisch relevanten bekannt. UEW: Hitzewallungen, Überempfindlichkeitsreaktion inkl. Angioödem und Urtikaria, tiefe Venenthrombosen, gelegentlich cerebraler Insult, Lungenembolie.
Weitere Informationen: Arzneimittel-Kompodium der Schweiz oder AstraZeneca AG, 6301 Zug. www.astrazeneca.ch

FAS_15_d_GV_03/08

AstraZeneca
ONCOLOGY
Putting progress into practice

Editorial

Schweizerische Gesellschaft für Onkologie: Perspektiven 95-96
B. Fuchs, C. Maake

Pressespiegel 98-110

Originalartikel

«L'accréditation européenne représente pour nous de nouveaux défis» 112-113
Entrevue avec le Dr. Alberto Costa, coordinateur du Centre de sénologie de la Suisse italienne (CSSI)
S. Ferrari

«The Pain Forum». A model for an inter-/multidisciplinary case discussion at the Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI) 115-116
P. Sanna

Spezialartikel

World Cancer Day: now a universally recognized yearly event 118-119
J.J. Divino, P. Réamonn

Global Cancer Facts & Figures 2007 121-123

SAKK - Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung

Neuigkeiten von der SAKK 124-125
C. Britt

The SAKK/SENDO project 126
C. Sessa

NICER - National Institute for Cancer Epidemiology and Registration

Skin melanoma 128-129
J.-M. Lutz, P. Pury

SPOG - Schweizerische Pädiatrische Onkologiegruppe

Onkologiestation Ospedale S. Giovanni, Bellinzona 130
P. Brazzola, M. Bianchetti

Langzeitüberlebende von Krebs im Kindesalter: Heilung und Betreuung - das Erice Abkommen 132-134
R. Haupt, J.J. Spinetta, I. Ban et al.

KLS - Krebsliga Schweiz

«Neuland entdecken»: Die REHA Seminare 2007 135-137 unter der Lupe
B. Schneider-Mörsch, M. Schmid, H. Reuter, A. Fischer Schulthess

Nationale Psychoonkologie-Fachtagung 2008/ Symposium national de psycho-oncologie 2008 139-140
Eingabetermine 2008 für Forschungs- und Stipendiengesuche/ Délais d'envoi 2008 des demandes de subsides et bourses 141-142

OPS - Onkologiepflege Schweiz

«Neue Wege in der Praxis: Innovation in der Onkologiepflege» 145-147
Nouvelles méthodes de travail: innovation des pratiques de l'infirmier en oncologie
6th EONS Spring Convention in Genf vom 27.-29. März 2008
L. Bigler-Perrotin, E. Rieder

COOPERATIVE GROUPS

International Breast Cancer Study Group (IBCSG): SOLE Study of Letrozole extension 149-150
N. Munarini

Focus on the clinical trials at the 11th Annual Meeting of the International Extranodal Lymphoma Study Group (IELSG) investigators held in Lugano on April 25-26, 2008 152-154
E. Zucca

Der seltene Fall

Possible progressive multifocal leucoencephalopathy in a patient with chronic lymphocytic leukemia 155-158
A. Stathis, E. Zucca, F. Cavalli

Kongressberichte

How to reduce the Cancer Burden in Europe? 161-162
Brdo, Slovenia, 7-8 February 2008
F. Cavalli

5. Internationale Konferenz «Cancer Prevention» 163-164
St. Gallen, 6.-8. März 2008
U. Kapp, F. Otto, H.-J. Senn

Bücher

Die Asbestlüge, Geschichte und Gegenwart einer Industriekatastrophe - M. Roselli 166
F. Cavalli

La Corsa della Speranza, Lugano 20.09.2008

K. Lerch 167

Bevorstehende onkologische Ereignisse

168

Schweizer Krebsbulletin — Bulletin suisse du cancer

Redaktion: Prof. Dr. Franco Cavalli
Koordination: Frau Karin Lerch
Anschrift: Krebsbulletin, Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI)
c/o Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, 6500 Bellinzona
Tel. 091/811 82 30, Fax 091/811 91 82, Email: karin.lerch@sakk.ch

SAKK

Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung
Groupe Suisse de Recherche Clinique sur le Cancer
Präsident: Prof. Dr. Richard Herrmann
Verantwortlich: Dr. Stephanie Züllig, SAKK, Effingerstrasse 40
3008 Bern, Tel. 031/389 91 91, Fax 031/389 92 00
Email: herrmannr@uhbs.ch, stephanie.zuellig@sakk.ch

NICER

National Institute for Cancer Epidemiology and Registration
Institut national pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer
Responsable ad interim: Dr. Luc Raymond, Institut de médecine sociale et préventive
Registre genevois des tumeurs, 55 Bd de la Cluse
1205 Genève, Tel. 022/379 49 50, Fax 022/379 49 71
Email: rgt@imsp.unige.ch

SPOG

Schweizerische Pädiatrische Onkologie Gruppe
Groupe suisse d'oncologie pédiatrique
Präsident: PD Dr. Nicolas von der Weid, Unité d'onco-hématologie péd.
Service de Pédiatrie, CHUV, 1011 Lausanne, Tel. 021/314 13 34
Fax 021/314 33 32, Email: nicolas.von-der-weid@chuv.ch

KLS

Krebsliga Schweiz / Ligue suisse contre le cancer
Verantwortlich: Andrea Fischer Schulthess, KLS, Effingerstrasse 40
Postfach 8219, 3001 Bern Tel. 031/389 91 05, Fax 031/389 91 60
Email: andrea.fischer@krebbsliga.ch

ISREC

Institut Suisse de Recherche Expérimentale sur le Cancer
Schweizerisches Institut für experimentelle Krebsforschung
Verantwortlich: Dr. Peter Beard, ISREC, Chemin des Boveresses 155
1066 Epalinges/Lausanne, Tel. 021/692 58 57, Fax 021/652 69 33
Email: Peter.Beard@isrec.unil.ch

SASRO

Scientific Association of Swiss Radiation Oncology
Responsable: PD Dr. D. Aebersold, Klinik für Radio-Onkologie
Inselspital, 3010 Bern, Tel. 031/632 26 32, Fax 031/632 48 85
Email: DAEber@Insel.ch

SGO

Schweizerische Gesellschaft für Onkologie / Société suisse d'oncologie
Verantwortlich: PD Dr. Caroline Maake, University of Zurich, Institute of Anatomy, Winterthurerstrasse 190, 8057 Zurich, Tel. 044/635 53 38
Email: cmaake@anatol.uzh.ch

OPS

Onkologiepflege Schweiz
Verantwortlich: Frau Irène Bachmann-Mettler
Geschäftsstelle Onkologiepflege Schweiz, Hirstigstrasse 13
8451 Kleinandelfingen, Tel. 052/301 21 89, Fax 052/317 39 80
Email: info@onkologiepflege.ch, www.onkologiepflege.ch



Die zielgerichtete und von Patienten bevorzugte¹ Therapie

**oral
tumorselektiv
wirksam**

● **Adjuvante Therapie bei Patienten mit Kolonkarzinom**

● **Ist-line Therapie bei Patienten mit metastasierendem Kolorektalkarzinom**

● **2nd-line Therapie bei Patientinnen mit fortgeschrittenem Mammakarzinom nach Anthrazyklin-Behandlung**

Xeloda®
capecitabine
Besser als 5-FU²

¹ Twelves C. et al. A randomised cross-over trial comparing patient preference for oral capecitabine and 5-fluorouracil/leucovorin regimes in patients with advanced colorectal cancer. Ann Oncol. 2005 Dec 12; [Epub ahead of print] PMID: 16344278.

² Twelves C. et al. Capecitabine as Adjuvant Treatment for Stage III Colon Cancer. N Engl J Med 2005; 352: 2696-704.

Zusammensetzung: Wirkstoff: Capecitabine (Xeloda®). Filmtabletten zu 150 mg bzw. 500 mg Capecitabine. Hilfsstoffe: Lactose, Croscarmellose-Natrium, Hypromellose, Cellulose, Magnesiumstearat, Talk. Überzug: Titandioxid (E171), Eisenoxidhydrat und Eisen(III)-oxid (E172). **Indikationen:** *Kolorektalkarzinom:* Adjuvante Therapie bei Patienten mit Kolonkarzinom Dukes C, falls eine Monotherapie mit Fluoropyrimidinen angezeigt ist. Firstline-Therapie bei Patienten mit metastasierendem Kolorektalkarzinom. *Mammakarzinom:* Secondline-Therapie in Kombination mit Docetaxel bei Patientinnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierendem Mammakarzinom nach Versagen einer zytotoxischen Chemotherapie mit Anthracyclinen. Thirdline-Therapie bei Patientinnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierendem Mammakarzinom, wenn Paclitaxel und eine Chemotherapie mit Anthracyclinen versagt haben. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff, anderen Fluoropyrimidinen oder einem der Hilfsstoffe. Bekannter Dihydropyrimidin-Dehydrogenase Mangel. Schwangerschaft und Stillzeit. Schwere Niereninsuffizienz (Kreatininclearance unter 30 ml/min). Schwere Leberinsuffizienz (Child Pugh C). Gleichzeitige Behandlung mit Brivudin oder Analoga. **Interaktionen:** Brivudin und Analoga: Verstärkung der Toxizität von Capecitabine. Antikoagulantien vom Cumarin-Typ: Veränderung der Gerinnungsparameter und/oder Blutungen. Phenytoin: Erhöhte Plasmakonzentrationen bei gleichzeitiger Anwendung mit Capecitabine. Allopurinol: Gleichzeitige Verabreichung sollte vermieden werden. Leucovorin: beeinflusst die Pharmakodynamik von Capecitabine. **Vorsichtsmassnahmen:** Bei Leberfunktionsstörung, Lebermetastasen und erhöhtem Bilirubin oder Leberenzymwerten, eingeschränkter Nierenfunktion, Herzerkrankungen, Herzrhythmusstörungen und Angina pectoris. Schwangerschaftskategorie D. **Unerwünschte Wirkungen:** Diarrhöe, Übelkeit, Erbrechen, Anorexie, Hyperglykämie, Stomatitis, Unterleibschmerzen, Hand-Fuss-Syndrom, Dermatitis, Pigmentationsstörungen, Müdigkeit, Bilirubin-erhöhung, Serum-Kreatinin-erhöhung, Erhöhung der ASAT (SGOT) und ALAT (SGPT), Lymphopenie, Thrombozytopenie, Neutropenie, Granulopenie, Verminderung des Hämoglobins. **Anwendung:** Dosierung: 1250 mg/m² zweimal täglich über 14 Tage, gefolgt von einer 7-tägigen Pause. Morgens und abends innerhalb von 30 Minuten nach einer Mahlzeit mit Wasser einzunehmen (Gesamttagesdosis: 2500 mg/m²). Bei Auftreten von unerwünschten Wirkungen wird die Gesamttagesdosis schrittweise reduziert. **Packungsgrößen:** Xeloda® Filmtabletten 150 mg x 60, Xeloda® Filmtabletten 500 mg x 120. Verkaufskategorie A. Weitere Informationen insbesondere zu Kontraindikationen, Vorsichtsmassnahmen, unerwünschten Wirkungen und Interaktionen entnehmen Sie bitte dem Arzneimittelkompendium der Schweiz.

Schweizerische Gesellschaft für Onkologie: Perspektiven

Die SSO wurde 1970 gegründet mit dem Ziel, die Kommunikation und Kollaboration zwischen denjenigen Ärzten und Wissenschaftlern zu fördern, die sich dem Kampf gegen den Krebs verschrieben hatten. Fast 40 Jahre später und verbunden mit einem Wechsel im Board der Gesellschaft bietet sich die Gelegenheit, die Aktualität und Ausrichtung dieser Plattform zu überdenken und zu festigen.

Zweifellos hat sich die Prognose für viele Krebspatienten in den letzten Dekaden massgeblich verbessert. Dies ist einerseits auf moderne Methoden in der Diagnostik zur Früherkennung und andererseits auf eine deutliche Verbesserung der Behandlungsoptionen zurückzuführen. Trotz den massgeblichen Fortschritten herrscht natürlich Einigkeit darüber, dass wir noch weit vom Ziel entfernt sind, alle Krebserkrankungen effektiv, nebenwirkungsfrei und kostengünstig behandeln zu können, ganz zu schweigen vom Traum, deren Ausbruch komplett zu verhindern. Die Frage ist, welche Taktik die geeignete ist, diesem Ziel näher zu kommen. Vor allem in Zeiten knapper werdender finanzieller Ressourcen kommt diesem Punkt eine eminente Bedeutung zu.

Bei genauerem Hinschauen hat die Diskussion hinsichtlich einer geeigneten Ausrichtung viel zu tun mit dem wechselseitigen Verhältnis der basiswissenschaftlichen und der klinischen Forschung und der Bedeutung, welche dieser Beziehung zugemessen wird.

In den letzten Jahrzehnten konnte man beobachten, wie das Zusammenwachsen innerhalb Europas politisch gefördert wurde und in der Folge deutlich voranschritt. Dies zeigte sich auf akademischer Ebene beispielsweise in den Ideen eines Europäischen Hochschulraums oder auf wissenschaftlichem Gebiet in der Förderung gemeinsamer Projekte wie des EU Framework Programs for Research and Development. Man kann also konstatieren, dass viele hinderliche Grenzen für Kreativität, Mobilität und Austausch zu Fall gebracht wurden oder werden sollen. Im Lichte dieser unaufhaltsamen und sicherlich begrüßenswerten Trends lohnt es sich einmal mehr, etwas näher auf die Annäherung basiswissenschaftlicher und klinischer Forschung zu blicken. Um es vorweg zu nehmen: es herrscht noch immer ein deutlicher Nachholbedarf, der den theoretischen Konzepten einer Synergiebündelung hinterherhinkt.

Teil dieser Situation mag sein, dass sich die beiden Forschungslager «Klinik» und «Basiswissenschaft» konzeptuell unterschiedlich entwickelt haben.

Innerhalb der Basiswissenschaften sind die ehemals starken fachspezifischen Schranken seit ein paar Jahren grösstenteils gefallen oder zumindest deutlich durchlässiger geworden. So können heute beispielsweise neurowissenschaftliche oder entwicklungsgeschichtliche Projekte in verschiedensten Departementen angesiedelt sein. Techniken oder Methoden sind (zum Glück) meist keine Monopole einzelner Disziplinen mehr und eine gemeinsame molekular-zellbiologische wissenschaftliche Sprache trägt zur fachübergreifenden Kommunikation bei. Die Gründung der European Life Scientist Organization (ELSO) im Jahre 1997 ist ein deutlicher Ausdruck dieses Willens zur Schaffung eines gemeinsamen Rahmens für verschiedenste basiswissenschaftliche Richtungen in Europa. Die ELSO kann mit ihrem grossen Kongress für junge und etablierte Forscher in den Bereichen Biochemie, Zellbiologie, Entwicklungsbiologie, Genetik, Immunologie, Mikrobiologie, Neurobiologie und Pharmakologie mittlerweile auf eine erfolgreiche und fruchtbare Bilanz des Austauschs schauen. Auf nationaler Ebene konnte die USGEB als Zusammenschluss der schweizerischen Gesellschaften für experimentelle Biologie ebenfalls grosse Erfolge im Sinne einer Plattform für molecular life sciences verbuchen.

Dass innerhalb der klinischen Forschung keine gemeinsame Bühne wie z.B. die ELSO oder USGEB existiert, mag damit zusammenhängen, dass hier die Tradition der Abgrenzung einzelner Fachrichtungen sehr viel stärker (eventuell auch unbewusst) gepflegt wirkt. Vernetzungen erfolgen anders als in den Basiswissenschaften eher innerhalb der einzelnen Disziplinen, als fachübergreifend. Dies ist angesichts fachspezifisch-klinischer Krankheitsbilder auch sehr nahe liegend. Es fehlt somit das verbindende Element klinisch-interdisziplinärer Projekte, mithin also das gemeinsame Ziel. Obwohl es klassische, klinische Outcome Studien auch

in der Zukunft benötigen wird, muss langsam erkannt werden, dass deren Potential in vielen Bereichen ausgeschöpft ist, was insbesondere für operative Fächer gilt. Über die letzten Jahre hingegen wurde eine starke Entwicklung sichtbar, was Methoden und Ansätze in der klinischen Forschung betrifft. Es kommen wissenschaftliche Konzepte zum Einsatz, die vor nicht allzu langer Zeit den Basiswissenschaften zuzurechnen waren (Molekularbiologie, Zellbiologie etc). Obwohl dies in unseren Augen unbestritten die richtige Entwicklung darstellt, ist es heute aber weiterhin so, dass noch zu wenige Kliniker die Sprache der Grundlagenwissenschaftler sprechen, und umgekehrt. Es ist zwar erfreulich, dass es insbesondere an den Universitäten schon mehrere Kliniken gibt, die ein Grundlagenlabor unterhalten. Dies zeigt, dass der vernetzende Gedanke (Klinik und Grundlagenwissenschaft) institutionalisiert und gefördert wird. Umgekehrt aber ist es auch so, dass grosse Anstrengungen unternommen werden müssen, dass die gegenseitige Schwelle weiter gesenkt wird durch noch intensiveren Austausch.

Zusammenfassend ergibt sich ein Bild einer eher stark vernetzten basiswissenschaftlichen gegenüber einer eher diversifizierten klinischen Forschungsgemeinschaft, welche jeweils unterschiedliche Schwerpunkte in den wissenschaftlichen Strategien setzen. Es wäre unsinnig, hier die Vor- oder Nachteile beider Systeme abzuwägen. Vielmehr sollte man die jeweiligen Stärken anerkennen und den Vorteil nutzen, den eine Kombination mit sich bringt. Der bereits stattgefundene, vielversprechende Annäherungsprozess birgt noch ein riesiges Potential für die Zukunft.

Die SSO gehört zu den Gesellschaften, welche die genannten Entwicklungen seit Jahren aufmerksam verfolgt, aber gleichzeitig versucht, Konsequenzen daraus zu ziehen. Unter der Präsidentschaft von Prof. Heinrich Walt und dem Sekretariat von PD Dr. Ursula Günthert konnte die Aufnahme der SSO in die USGEB erreicht werden, um die Vernetzungsmöglichkeiten und die Kommunikation der SSO mit Basiswissenschaftlern zu fördern. Ausserdem wurde Anfang des Jahres erstmals das Cancer Research Campus Meeting lanciert, das ebenfalls beitragen soll, klinische Forscher und Grundlagenforscher aller Ausbildungsstufen über das gemeinsame Thema «Krebsforschung» miteinander in Kontakt zu bringen.

Den Mitgliedern des neuen Boards der SSO ist es ein besonderes Anliegen, diese zukunftsweisenden Konzepte aufzugreifen und weiter zu entwickeln. Wir müssen weiterhin alles daran setzen, die Kooperation, Kollaboration sowie den Austausch zwischen Grundlagenwissenschaftler und Kliniker zu fördern, lokal sowie in der ganzen Schweiz. Dies soll erreicht werden durch das Fördern von einzelnen Cancer Research Gruppen lokal sowie untereinander, aber auch durch eine verstärkte Vernetzung mit der Krebsliga Schweiz (KLS), der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK), des National Institute for Cancer Epidemiology and Registration (NICER), der Schweizerischen Pädiatrischen Onkologie Gruppe (SPOG), des Institut Suisse de Recherche Expérimentale sur le Cancer (ISREC), der Scientific Association of Swiss Radiation Oncology (SASRO) und der Onkologiepflege Schweiz (OPS). Erfreulich und zukunftsweisend wäre es nun, wenn es in der weiteren Folge auch verstärkt zur Einsicht hinsichtlich gemeinsamer Projekte kommen würde. Dies ganz im Sinne eines interdisziplinären Forschungsraums, der verschiedenste wissenschaftliche Ansätze und Expertisen anerkennt und die Vorteile von Synergien nutzt.

Wir hoffen, dass die SSO die Grundlage hierfür bieten kann und ein Forum bereit stellt für alle Mitglieder, den aktiven Austausch in der Krebsforschung Schweiz zu fördern.

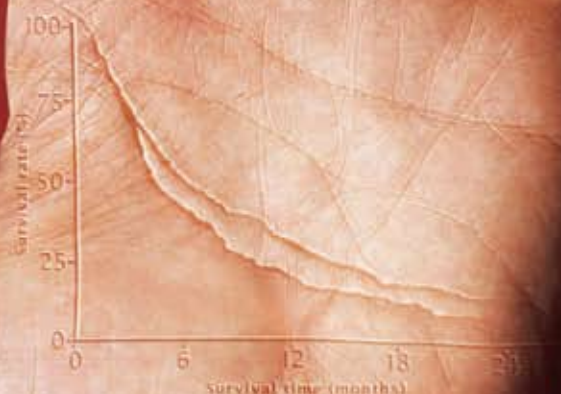
Prof. Dr. Bruno Fuchs
Präsident SSO
bfuchs@research.balgrist.ch

PD Dr. Caroline Maake
Co-Präsidentin SSO
cmaake@anatom.uzh.ch

Therapeutischer Fortschritt in der Zweitlinientherapie des NSCLC

Mehr Zeit fürs Leben

kassenzulässig



 **Tarceva**[®]
erlotinib
Tabletten

Tarceva[®] (Erlotinib). **Indikation:** Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierendem nicht-kleinzelligem Lungenkrebs, bei denen mindestens eine vorgängige Chemotherapie wirkungslos geblieben ist. **Dosierung und Anwendung:** Einmal täglich 150 mg, mindestens eine Stunde vor oder zwei Stunden nach dem Essen eingenommen. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe. **Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen:** Akut auftretende, neue und/oder unerklärliche progrediente Lungensymptome wie Dyspnoe, Husten und Fieber; Auftreten von Durchfall; erhöhte Transaminasen; Galaktoseintoleranz; Glucuronidierungsstörungen. **Interaktionen:** CYP3A4-/CYP1A2-Inhibitoren, CYP3A4-Induktoren. **Unerwünschte Wirkungen:** Infektion, Anorexie, Konjunktivitis, Keratitis, Dyspnoe, Husten, Diarrhoe, Übelkeit, Erbrechen, Stomatitis, Abdominalschmerz, gastrointestinale Blutungen, erhöhte ALT- und AST-Spiegel, erhöhtes Bilirubin; Ausschlag, Pruritus, trockene Haut; Ermüdung. **Packungen:** Tarceva 150 mg, 30 Filmtabletten; Tarceva 100 mg, 30 Filmtabletten; Tarceva 25 mg, 30 Filmtabletten. Liste A. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. **Kassenzulässig.**



Roche Pharma (Schweiz) AG
CH-4153 Reinach

Onkologie, Tel +41-61-7154281, Fax +41-61-7154260
www.roche-pharma.ch, switzerland.oncology@roche.com

Consumers ignore cancer risks of eating red meat

«There's nothing like a bacon sarnie with brown sauce,» says 36-year-old Nicola Doran as she waits in the queue at JBS butchers in east London.

Ms Doran's sentiments have been echoed across the country by meat enthusiasts who are turning a blind eye to the latest announcement from the World Cancer Research Fund (WCRF), which states that bacon is such a cancer risk it should be avoided entirely.

The mother-of-two said: «It wouldn't put me off eating pork or bacon. I'm Irish, and people in Ireland were born and bred on pork; it's their number one meat and it never did them any harm.»

It is business as usual in the Tower Hamlets butchers, providers of meat to the east London community for the past 30 years. John Gaynor, manager of JBS, is convinced that shoppers will not take the latest scare over the relationship between meat consumption and cancer seriously.

«People have been eating pork for donkey's years,» he said, standing behind a display of gammon, pork chops and ribs. «Cancer will either get you or it won't. People wouldn't eat anything if they listened to the news all the time.»

Despite the WCRF warning on the dangers of processed meat, butchers and meat-lovers have remained optimistic. The study, which used analysis from 7,000 cancer studies from around the world, said that food such as salami, ham and bacon was such a risk factor for bowel cancer that it should be cut completely from our diets.

Lynn Church, a 46-year-old artist who has been going to JBS butchers for years, said that cutting out bacon completely seemed excessive. «You should have everything in moderation. Some of the things the media say might put me off but basically everything's OK in moderation.»

The WCRF study also suggested a link between red-meat consumption and bowel cancer, and recommended that people should cut back their intake to 500g a week.

Chris Lamb, the Meat and Livestock Commission's consumer marketing manager, said that people in the meat industry

were not overly concerned by the news. «We don't think it will be a problem,» he said. «The report recommends that people eat an average of 500g of cooked red meat a week, which is actually what the average consumer is doing already.»

Mr Lamb said that similar recent concerns over the healthiness of meat had so far not affected trade. «Over the past couple of years there have been other reports saying similar things, but we can't identify any reduction in meat consumption – in fact it has been up recently. We'd be very surprised if there was a reaction from consumers. People are intelligent: they'll just say 'sod it' and get on with it.»

He questioned the science of the link, saying that while meat consumption had fallen, colorectal cancer rates have risen. «If you go back 50 years, when chicken was still a luxury, people used to eat red meat two or even three times a day. But bacon consumption has gone down 30 per cent since 1970, yet colorectal cancer rates are up by 10 per cent.»

He added: «There's obviously an incongruity between these figures and the extreme message from the WCRF. If you look around the world you would expect there to be a direct relationship between the amount of meat eaten and the instances of colorectal cancers, but there simply is not.»

The Independent, November 2, 2007

Worsening The Odds

Lonnie Lynam, a self-employed carpenter in Pipe Creek, Tex., specialized in spiral staircases. Friends thought of him as a maestro in a toolbelt, a whiz with a hammer and nails.

«His customers were always so pleased,» his mother told me. «There was this one family, kind of higher class, and he built them one of those glass holders that you would see in a bar or a lounge, with the glasses hanging upside down in different sizes. It was awesome.»

Lonnie had a following, a reputation. He was said to have a magic touch.

What he didn't have was health insurance.

So when the headaches came, he tried to ignore them. «We've had migraines in our

family,» said his mother, Betty Lynam, who is 67 and lives in Creston, Iowa. «So he thought that was what it was.»

Lonnie's brother, Kelly, said: «He wasn't the type to complain. And since he didn't have insurance...»

Kelly, 45, worked on different jobs with his brother. He was the one who rushed Lonnie to an emergency room one day last fall when the headaches became so severe that Lonnie couldn't stand up.

It would be great if there were something unusual about this story: A person without health insurance gets sick. The person holds off on going to the doctor because there's no way to pay the bill. The person is denied the full range of treatment because of the absence of insurance. The person dies.

Lonnie Lynam's headaches had been caused by cancerous tumors in his brain. During surgery, doctors discovered that the cancer had spread from other parts of his body.

Cancer is no longer the all-but-automatic death sentence that it once was. Extraordinary progress has been made in fighting the myriad forms of the disease.

But, as the American Cancer Society has recently been stressing, the health coverage crisis in the U.S. is a major drag on this fight.

«A woman without health insurance who gets a breast cancer diagnosis is at least 40 percent more likely to die,» said John Seffrin, the cancer society's chief executive.

According to the cancer society: «Uninsured patients and those on Medicaid are much more likely than those with private health insurance to be diagnosed with cancer in its later stages, when it is more often fatal.»

The uninsured (and underinsured) are also much less likely to get the most effective treatment after the diagnosis is made.

There are 47 million Americans without health insurance and another 17 million with coverage that will not pay for the treatments necessary to fight cancer and other very serious diseases.

The bottom line, said Mr. Seffrin, is that «the number of people who are suffering

needlessly from cancer because they don't have access to quality health care is very large and increasing as I speak.»

Part two of the Lynam family's nightmare began when Lonnie returned home from the hospital. Lonnie had very little money, so Kelly stepped in and began paying most of his brother's nonmedical bills.

Betty Lynam flew to Texas as often as she could to be with her son. She said he needed chemotherapy and radiation treatment, but since he couldn't afford it, he couldn't always get it.

«He was trying to pay a little bit at a time for the doctors and for the different treatments,» she said. «But he didn't have a savings account or any collateral, except for his tools.»

«I'd ask how he was feeling, and he'd tell me, 'Well, I didn't get the treatment today.' And I'd say, 'Why?' And he'd say, 'Well, I got in there and they found out I didn't have any insurance and the woman told me I'd have to come back another time because she'd have to check with the doctor or somebody.'»

«He suffered a great deal. Yes, he did.»

After awhile, as his condition deteriorated, Lonnie Lynam, carpenter extraordinary, became all but consumed by the fear of death. Toward the end, he would sleep with a light and the television on, his mother said, «because he wanted to see something or hear something as soon as he woke up to know that he was still alive.»

She said: «Some nights he'd be so frightened he'd come crawl into bed with me and just say, 'Hold me, mom.' I just slept right with him in the hospital and just held him, you know?»

Lonnie died on March 26 at age 45. The cause of death was cancer, aided and abetted by an absurd, unnecessary and utterly unconscionable absence of health insurance.

**The New York Times,
November 3, 2007**

Percée de la recherche sur les maladies génétiques

Des travaux associent cellules souches et thérapie génique

C'est un hasard du calendrier. Alors que se tient en France, les 7 et 8 décembre,

le Téléthon 2007, destiné à recueillir des fonds pour la recherche sur les maladies génétiques, la revue Science annonce, vendredi 7, qu'une équipe de chercheurs basée aux États-Unis est parvenue à guérir des souris atteintes de la drépanocytose. Cette maladie génétique, courante chez l'homme, se caractérise par une altération de l'hémoglobine, une modification de la forme des globules rouges et une sévère anémie. Dirigés par l'Allemand Rudolf Jaenisch, ces scientifiques ont associé, au sein d'une même expérience, deux techniques délicates: la reprogrammation de cellules adultes en cellules souches et une thérapie génique.

Cette étude démontre le bien-fondé de tous les travaux menés à travers le monde sur les cellules souches et souligne à quel point ce domaine est prometteur. Il ne se passe pour ainsi dire pas une semaine sans qu'un résultat inédit soit annoncé. Très rapidement se dessinent les contours d'une nouvelle médecine dite régénérative qui permettra de diriger les cellules souches vers la réparation de tel tissu ou de tel organe touché par une pathologie.

Il faut néanmoins savoir prudence garder. De nombreux obstacles techniques restent à surmonter avant que l'on commence les premiers essais cliniques sur l'homme. Ainsi, l'expérience décrite dans les colonnes de Science utilise-t-elle, pour reprogrammer les cellules adultes en cellules souches, des gènes dont on sait par ailleurs qu'ils peuvent induire l'émergence de processus de cancérisation. Maintenant que la voie thérapeutique est validée par ces premières expérimentations animales, il reste aux chercheurs à développer des méthodes «inoffensives», notamment pour écarter tout risque de cancer.

Le Monde, 8 décembre 2007

A lack of data hinders treatment of prostate cancer

A diagnosis of prostate cancer is scary enough. But just as scary is that nobody can tell a man the best way to treat it.

This month, the Agency for Healthcare Research and Quality issued a sweeping review of prostate cancer treatments, including surgical removal, radiation, hormone therapy and so-called watchful

waiting, which involves careful monitoring but no active treatment until the cancer shows signs of growing.

Because none of these treatments emerged as superior, the agency came to the troubling conclusion that it could not recommend one over the others.

«Having been involved in this area for a long time, it was not shocking, but it is disappointing,» said Dr. Timothy Wilt, lead researcher on the report, from the Minneapolis Veterans Affairs Center for Chronic Disease Outcomes Research. «Information is really lacking to determine whether overall one treatment is more effective and preferred.»

Prostate cancer is often diagnosed with a blood test that looks for prostate-specific antigen, PSA. There is widespread consensus that the test casts too wide a net, resulting in overdiagnosis and overtreatment.

The reasons behind the lack of data on prostate cancer are complex. A lack of financing and advocacy have roles. But so does the fact that prostate tumors grow slowly and can take 10 or more years to turn deadly. Not only does that make the disease particularly expensive and time consuming to study, but it is also a built-in disincentive for the drug industry, which typically has patent protection from seven to 20 years.

A bigger obstacle to finding answers may be the patients, who have long been reluctant to participate in clinical trials, and their doctors, who tend to scorn such trials because they are already convinced that their chosen treatment is the best option.

«Men don't go into the clinical trials,» said Dr. Daniel Petrylak, associate professor of medicine and director of the genitourinary oncology program at the Columbia University Medical Center. «That's the whole problem.»

Prostate doctors and patient advocates often compare their cause with that of the other leading sex-specific cancer: One of the largest prostate cancer support groups is called Us Too, a play on the Y-ME National Breast Cancer Organization. The dismal state of prostate cancer research and advocacy pales in comparison to the campaign against breast cancer. «We're at least a decade behind where breast cancer awareness is,» Thomas Kirk, president of Us Too, said.

U.S. government spending for prostate cancer lags, too. In 2007, the National Cancer Institute spent an estimated \$551.1 million on breast cancer research and \$305.6 million on prostate cancer. For 2008, the Defense Department, which has a history of supporting health research, has allocated \$138 million for breast cancer and \$80 million for prostate cancer.

**International Herald Tribune,
February 28, 2008**

Spitäler stehen in der Pflicht

Die Schweiz verfügt über eines der besten Gesundheitswesen weltweit. Dennoch häufen sich die Anzeichen, dass bei der Pflege in Spitälern und Altersheimen vieles im Argen liegt. Seit der «Tages-Anzeiger» im Sommer über Formen verdeckter Rationierung berichtet hat, sind viele Meldungen über Missstände eingetroffen. Sie stammen von Pflegenden, Patienten und Angehörigen und lassen aufhorchen.

Das Pflegepersonal hat keine Zeit mehr, Patienten beim Essen, bei der Körperhygiene oder beim Gang auf die Toilette zu helfen - was grosse Gesundheitsrisiken für die Kranken birgt. Pflegende klagen über Personalmangel und Dauerstress, der zu Medikamentenfehlern führt. Nun kann man sich fragen, ob hier auf Vorrat gejammert wird. Denn die Mehrzahl der Patienten ist nach wie vor zufrieden mit der Pflege. Studien zeigen jedoch einen klaren Zusammenhang zwischen vorhandenen Ressourcen und der Pflegequalität sowie eine erschreckend hohe Arbeitsunzufriedenheit bei Pflegenden. Auch die Gesundheitsdirektoren sprechen von einem echten Personalmangel im Pflegebereich.

Als Gegenmassnahmen wurden nun eine Offensive zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs lanciert und ein Verein für Qualitätssicherung in Spitälern gegründet. Ob das Problem auf diese Weise gelöst wird, bleibt fraglich. Zudem werden die Spitäler mit der Einführung von Fallpauschalen noch wirtschaftlicher arbeiten müssen und die Pflege dadurch noch mehr unter Druck kommen. Für die Patienten empfiehlt sich deshalb, vor dem Spitaleintritt über die Qualität von Medi-

zin und Pflege Informationen einzuholen - und Spitäler zu wählen, deren Leistung stimmt. Dazu benötigen sie jedoch transparente Information. Die Spitäler müssen diesem Bedürfnis stärker als bisher nachkommen.

Tages-Anzeiger, 14. Januar 2008

Die Pflege ist selbst zum Pflegefall geworden

Die Qualität der Pflege in Altersheimen und Spitälern nimmt ab. Grund dafür sind Kostendruck und Personalmangel. Bund und Kantone reagieren nun auf die zum Teil unhaltbaren Zustände.

Herr N. wird mit einem Hirnschlag ins Spital eingeliefert. Er erhält eine Magensonde und einen Blasenkatheter. Diese Behandlung verkürzt zwar den Spitalaufenthalt, doch N. muss den Rest seines Lebens im Pflegeheim verbringen. Wäre er hingegen regelmässig zur Toilette geführt und beim Essen unterstützt worden, hätte er nach einem längeren Spitalaufenthalt und einer Rehabilitation wahrscheinlich zu Hause leben können. Das Beispiel ist kein Einzelfall. Am 29. August 2007 hatte der TA über eine Studie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften berichtet. Darin wurde festgestellt, dass die Rationierung im Gesundheitswesen Realität sei. Seither sind zahlreiche Meldungen von Patienten und Pflegenden eingetroffen, die von ähnlichen Erlebnissen wie im Fall N. berichten.

Patienten früh zu Bett bringen

«Die Qualität der Pflege leidet immer mehr unter der versteckten Rationierung», sagt Barbara Gassmann, Vizepräsidentin des Berufsverbands der Pflegefachleute (SBK). Pflegende müssten zunehmend Massnahmen, die sie eigentlich als notwendig erachteten, weglassen. So berichtet der Zürcher Pfleger Z., ihm fehle die Zeit, alten Patienten bei der Körperhygiene zu helfen. Um Zeit zu sparen, wasche er die Patienten selber - auf Kosten ihrer Selbstständigkeit. Eine Berufskollegin aus Bern schildert, wie sie alte Patienten bereits um 6 Uhr abends zu Bett bringen muss. Später sei sie alleine auf der Station und könnte dies nicht mehr bewerkstelligen.

Zur Rationierung in der Pflege existieren zwei Studien der Universitäten Basel (2004) und Lausanne (2005). Sie zeigen, dass die Pflegequalität direkt von den vorhandenen Ressourcen abhängt. Die Basler Studie, die über 2000 Pflegende befragte, legt zudem dar, dass 17 Prozent der Befragten erhöhte Burnout-Werte aufweisen und 26 Prozent mit der Arbeitsstelle unzufrieden sind. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) würdigte die Untersuchungen wie folgt: «Die Studien zeigen einen Bedarf nach vermehrter Überwachung der Qualität und der Patientensicherheit.» Unternommen hat es bisher jedoch nichts.

Die Untätigkeit mag damit zusammenhängen, dass das Ausmass der Rationierung schwer fassbar ist. So spricht Franz Wyss, Zentralsekretär der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), von einem «echten Personalmangel im Pflegebereich». Wie hoch dieser ist, kann er jedoch nicht beziffern. Ein klares Bild liefern hingegen die Zahlen angehender Pflegefachleute. 2001 waren 2621 Personen in der Pflegeausbildung, 2006 noch 1761. «Der Mangel nimmt zu», sagt SBK-Vize Gassmann - nicht zuletzt aus demografischen Gründen. Immer häufiger werden deshalb im Ausland Pflegende rekrutiert. So liegt der Ausländeranteil bei den Pflegenden im Berner Inselspital unterdessen bei 15 Prozent. Gassmann stellt weiter fest, dass die Stellen von Pflegenden im Verhältnis zu den Stellen der Ärzte abnehmen, «obwohl jeder Arzt Arbeit für Pflegende generiert». Tatsächlich kamen gemäss nationaler Krankenhaus-Statistik 2004 auf 16 815 Ärzte 46 207 Pflegende. Ein Jahr später ist die Zahl der Ärzte auf 18 285 gestiegen, die der Pflegenden jedoch nur auf 46 548.

Für den Pflegealltag hat der Personalmangel einschneidende Folgen. «Ich beginne um 6.40 Uhr mit der Arbeit, obwohl ich erst ab 7 Uhr bezahlt bin», sagt ein Pfleger. Würde er um 7 Uhr beginnen, wäre er den ganzen Tag über heillos im Rückstand. Zudem werde erwartet, dass er freiwillig länger arbeite - ohne Überstunden aufzuschreiben. Auch wage kaum jemand, bei einer Grippe zu Hause zu bleiben. «Ich habe keine Zeit mehr für ein Gespräch mit den Patienten», sagt eine Berufskollegin. Vor allem alte Patienten leiden unter dieser Hektik. «Der Stress überträgt sich auf die Patienten», sagt die Pflegerin, die ihren Beruf eigentlich liebt. Wie viele andere Pflegende berichtet sie von stressbedingten Fehlern. So haben in der Basler Studie 40 Prozent der Befragten angegeben, dass ihnen Medikamentenfehler unterlaufen sind.

«Die Schere zwischen Ausbildung und Berufsrealität wird immer grösser», sagt SBK-Geschäftsleiterin Elsbeth Wandeler. Weiter verschlimmert wird die Situation mit der Einführung von Fallpauschalen: Die Spitäler müssen noch wirtschaftlicher arbeiten und Patienten früher entlassen, da ein Eingriff nur noch pauschal abgegolten wird. Dadurch haben es die Pflegenden zunehmend mit frisch operierten Patienten zu tun, die intensive Pflege benötigen.

Couchepin lässt Strategie erarbeiten

Offensichtlich haben die Kantone nun Handlungsbedarf erkannt. «Wir haben eine Offensive zur Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs gestartet», sagt GDK-Zentralsekretär Wyss und verweist auf Informationskampagnen. Auch seien in einzelnen Kantonen die Arbeitszeiten verkürzt und die Löhne erhöht worden. Im November haben zudem 19 Kantone, die Krankenkassen sowie ein Dutzend Spitäler einen Verein für Qualitätssicherung in den Spitälern gegründet. Und auch der Bund wird tätig. Nach mehreren vom Parlament überwiesenen Vorstössen hat Gesundheitsminister Pascal Couchepin dem Vernehmen nach das BAG beauftragt, bis Ende 2008 eine nationale Qualitätsstrategie vorzulegen. «Endlich nimmt der Bund seine gesetzliche Pflicht zur medizinischen Qualitätssicherung wahr», sagt die SP-Gesundheitspolitikerin Bea Heim. Derweil wächst der Frust beim Pflegepersonal. Die durchschnittliche Verweildauer eines Pflegenden in seinem Beruf beträgt noch 15 Jahre - Tendenz sinkend.

Morgen im TA: Die Pflegedirektorin des Universitätsspitals Zürich nimmt Stellung.

Tages-Anzeiger, 14. Januar 2008

«Die meisten Klagen gibt es zur Kommunikation»

Pflegende haben oft zu wenig Zeit. Sie möchten die Patienten nicht nur versorgen, sondern auch betreuen. Doch der Druck nimmt weiter zu, sagt die Spitaldirektorin des Uni-Spitals.

Mit Barbara Brühwiler sprachen Daniel Foppa und Susanne Anderegg

Gestern berichtete der TA über versteckte Rationierung. Eine Pflegerin in einem

Heim muss alte Patienten schon um sechs Uhr zu Bett bringen, weil sie nachher allein auf der Station ist. Einem Pfleger in einem Spital fehlt die Zeit, Patienten bei der Körperhygiene zu helfen; er wäscht sie selber - auf Kosten ihrer Selbstständigkeit. Kennen Sie auch solche Fälle?

Beispiele wie die erwähnten kommen immer wieder zur Sprache. Nicht nur in der Pflege selber, sondern auch auf der politischen Ebene. Ich denke an die Sparmassnahmen der letzten Jahre, die Fragen aufwarfen: Welche Pflegequalität wird erwartet? Sollen Pflegenden auch Zeit haben für die Hilfe zur Selbsthilfe? Oder sollen sie möglichst schnell arbeiten?

Gibt es Fälle wie die erwähnten auch im Zürcher Uni-Spital?

Ja, auch bei uns gibt es solche Situationen. Möglicherweise aber deutlich weniger als in einem Pflegeheim.

Wieso weniger im Uni-Spital?

Die Patienten sind immer weniger lang im Spital. Sobald sie etwas selbstständiger sind, werden sie verlegt. Sie bleiben nur für die akute Phase. Für diese steht mehr Personal zur Verfügung. Das Beispiel mit dem frühen Zubettbringen ist mir aus dem Uni-Spital nicht bekannt. Wir haben rund um die Uhr mehr Leute als in einem Pflegeheim. Durchaus möglich ist aber, dass die Pflegenden in einer Spät- oder Nachtschicht keine Zeit hat, jemanden auf die Toilette hinaus zu begleiten. Stattdessen muss der Patient auf den Nachtstuhl oder auf die Bettschüssel.

Haben Sie Zahlen dazu?

Nein. Ich würde aber nicht sagen, dass solche Fälle in letzter Zeit zugenommen haben. Ein Blick in die Vergangenheit zeigt, dass wir von 1988 bis 1992 ein grosses Personalproblem hatten. Damals wechselten pro Jahr 400 bis 500 Pflegenden ihre Stelle. Und Ende der Neunzigerjahre gab es nochmals eine Phase hoher Fluktuation. Aus solchen Phasen sind mir Fälle von Überlastung bekannt. Kontinuierlich zugenommen hat hingegen die Arbeitsbelastung. Die Pflegearbeit ist intensiver geworden, was unter anderem mit der kürzeren Aufenthaltsdauer zu tun hat.

Wenn die Intensität der Pflege zunimmt, bräuchte es eigentlich auch mehr Stellen. Sind die Stellenpläne erhöht worden?

Nein. Auf Grund des Sparprogramms 2004 mussten wir - wie alle andern auch im Kanton Zürich - in allen Berufsgruppen abbauen. Allerdings wurde auch die Bettenzahl reduziert.

Häuften sich darauf die Klagen der Pflegenden über zu hohe Belastung?
Ja, die häuften sich.

Wie haben Sie reagiert?

Wir untersuchten unter anderem die Arbeitsabläufe und die Zuständigkeiten. Das führte dazu, dass wir die Arbeitsteilung zwischen Pflegenden und dem Haus- und Transportdienst angepasst haben.

Wie ist die aktuelle Situation?

Es kommt auf die Abteilung an. In den letzten zwei Jahren konnten wir in der Intensivpflege und im Notfall wieder Stellen aufbauen, weil die Patientenzahlen dort stark gestiegen sind. Auch auf einigen Bettenstationen konnten wir aufstocken.

Wenn Sie also feststellen, dass es an einem Ort nicht reicht, dann bekommen Sie die nötigen Stellen auch?

Ja, wenn ich aufzeigen kann, dass der Bedarf wirklich ausgewiesen ist und es keine anderen Möglichkeiten gibt. Zum Beispiel hatten wir im letzten halben Jahr mehr Transplantationen. Wenn diese Tendenz anhält, hat das Auswirkungen auf den Personalbedarf. Denn das sind sehr aufwändige Patienten. Weil wir bereits auf einem sehr hohen Leistungsniveau arbeiten, kann diese zusätzliche Belastung nicht mehr kompensiert werden. Entsprechend schnell reagieren die Pflegenden.

Der zunehmende technisch-medizinische Aufwand ist das eine. Das andere sind die Ansprüche der Patienten, die bekanntlich ständig steigen.

Der heutige Patient will gut informiert sein und einbezogen werden.

Tut sich eine Schere auf? Die Patienten wollen mehr, das Personal hat weniger Zeit.

Zum Teil ist das so.

Beklagen sich die Patienten auch?

Ja. Die meisten Klagen gibt es zur Kommunikation. Und das kann natürlich auch mit der zur Verfügung stehenden Zeit zu tun haben.

Der Stress überträgt sich auf die Patienten.

Das ist so. Wobei Stressempfindung etwas sehr Individuelles ist. Es gibt Leute, die fühlen sich auch noch mit einer äusserst hohen Dosis Stress wohl, andere nicht. Das Gleiche bei den Patienten: Die einen haben riesiges Vertrauen zu den Pflegenden und den Ärzten, andere sind sehr kritisch und fühlen sich schnell schlecht behandelt. Ein zunehmendes Problem

ist die Aggressivität - von Patienten und Angehörigen. Beispielsweise im Notfall, wenn sie warten müssen und erwarten, jederzeit sofort behandelt zu werden. Oder sie machen dem Personal heftige Vorwürfe, es habe zu wenig gut zum Patienten geschaut, wenn eine Krankheit schlecht verläuft. Solche Situationen sind für die Pflegenden sehr belastend.

Viele Zürcher Spitäler haben separate Bettenstationen für Zusatzversicherte eingerichtet, um diesen einen speziellen Service zu bieten. Werden Zusatzversicherte auch pflegerisch besser behandelt?

Wir haben im Uni-Spital auf Privatstationen keine höheren Stellenetats als in den Allgemeinabteilungen. Hingegen arbeiten auf den Privatabteilungen Hotelfachassistentinnen, die einen Zusatzservice erbringen, etwa für den Patienten etwas am Kiosk kaufen gehen oder dem Besuch einen Kaffee servieren. In den anderen Spitälern ist das ähnlich.

Wie sieht es dort punkto Pflegequalität aus?

Die Zürcher Spitäler sind auf einem guten Stand. Doch es besteht ein Personal-mangel, und der wird noch stark zunehmen. Wegen der Bildungsreform werden - hoffentlich nur vorübergehend - weniger Fachleute ihre Ausbildung abschliessen.

Wie viele Leute fehlen Ihnen im Moment? Bei uns steht es relativ gut. Wir haben auf 2000 Pflegefachpersonen nur 18 offene Stellen. In letzter Zeit wurde die Rekrutierung jedoch wieder schwieriger.

Das Uni-Spital ist als Arbeitsort attraktiv, es kann offene Stellen am besten besetzen, dann folgen die anderen Spitäler. Den Letzen - die Pflegeheime - beissen die Hunde.

Das ist so.

Die Einführung von Fallpauschalen wird die Spitäler zwingen, noch wirtschaftlicher zu arbeiten. Was heisst das für die Pflege?

Das hängt von der Umsetzung des Systems ab. Und davon, ob man aus den Erfahrungen lernt, die man in Deutschland bei der Einführung der Fallpauschalen machte. Die Schweiz orientiert sich ja am deutschen Modell. Deutschland hat heute ein grosses Problem bei der Pflege. Der stärkere wirtschaftliche Druck führte zu Stellenabbau. Mit der Folge, dass die Pflegenden viel stärker unter Druck sind als in der Schweiz. Die Unzufriedenheit scheint enorm zu sein.

Und was erwarten Sie für die Schweiz? Die Frage ist, ob man mit der Einführung von Fallpauschalen die Transparenz fördern will - was ich sehr begrüsse - oder ob man Kosten sparen will. Im Moment habe ich noch den Eindruck, man wolle die Transparenz erhöhen und nicht an der Qualität schrauben. Dennoch wird der Druck grösser, dass die Spitäler noch wirtschaftlicher arbeiten müssen.

Tages-Anzeiger, 15. Januar 2008

La vieille dame qui voulait mourir

Son mari est mort d'un cancer. Elle ne voulait pas vieillir seule, refusait la déchéance physique. A 82 ans, Marguerite Messein s'est suicidée en Suisse, avec l'aide de l'association Dignitas

Elle s'est éteinte doucement, en s'endormant, exactement comme elle le souhaitait. Les 15 grammes de Penthotal qu'elle venait d'absorber, un puissant hypnotique utilisé en anesthésie, ont eu un effet quasi immédiat. Sa tête est retombée lourdement sur sa poitrine, emportée par un sommeil sans rêve. Ses amis proches l'ont allongée sur le lit de la chambre d'hôtel: quelques instants après, son cœur s'est arrêté. Un magistrat du parquet, un greffier, trois policiers et un médecin légiste ont alors pénétré dans la pièce pour constater le décès.

Marguerite Messein a eu une mort paisible, sereine, celle qu'elle a toujours revendiquée. Son suicide médicalement assisté, survenu le 20 novembre 2007 dans un hôtel anonyme des environs de Zurich, en Suisse, a été un acte mûrement réfléchi, l'aboutissement d'une démarche de plusieurs années. A 82 ans, Marguerite Messein a eu recours aux services de Dignitas, seule association suisse à offrir aux étrangers souffrant de maladie incurable la possibilité de mourir à leur convenance. Après le décès de la comédienne Maïa Simon, dans les mêmes circonstances, le 19 septembre 2007, la mort de Marguerite Messein porterait à dix-huit le nombre de Français qui ont décidé de s'exiler pour mourir.

C'était un choix irrévocable. A l'image de cette maîtresse femme, à la beauté imposante et à la classe folle, qui a toujours pris

son destin en main. Elevée chez les religieuses, en rupture de ban avec sa famille au sortir de la guerre, elle a été successivement mannequin, vendeuse, ouvreuse et esthéticienne, avant d'ouvrir une école d'esthétique qu'elle a dirigée jusque dans les années 1980. Dans le quartier Gambetta, à Paris, où elle a vécu toute sa vie, elle était surnommée la «dame du Père-Lachaise». Tous les jours, elle se promenait dans le cimetière voisin, dont elle connaissait les moindres recoins.

En 1982, une première récidive d'un cancer de l'utérus la convainc d'adhérer à l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD). A l'époque, elle a déjà dans l'idée de pouvoir «partir à son heure». En 2000, son état de santé s'aggrave, elle est soignée pour un cancer du colon. Mais c'est le décès de son mari, d'une complication d'un cancer des os, en janvier 2003, qui forge sa détermination. «Ca m'a traumatisée, racontait-elle, ça a été quelque chose d'épouvantable. Mon mari n'avait pas mes idées, il ne voulait pas mourir. Il était aux soins palliatifs de l'hôpital des Diaconesses, un service formidable. Je l'ai vu descendre, descendre, avec la morphine. A la fin, il était très maigre, il n'avait plus rien de lui. C'était absolument l'horreur».

Marguerite se jure qu'elle ne connaîtra pas cette déchéance physique. Son mari décédé, elle se retrouve seule, sans famille proche. Il y a quelques années, elle a coupé les ponts avec son fils unique. En 2006, un accident cardio-vasculaire l'affole et la plonge dans «la terreur d'être diminuée» en cas de nouvelle attaque. Elle pense alors au suicide, mais répugne à attenter à sa façon violente. Et puis elle revendique le droit de mourir en toute tranquillité: «J'ai milité pour la bataille de l'avortement dans les années 1970, je milite désormais pour l'euthanasie, disait-elle. On a permis aux femmes de maîtriser la vie, et on empêcherait les personnes de maîtriser leur mort? C'est un non-sens, je ne comprends pas que la France me dénie ce droit.»

Courant 2006, elle contacte Dignitas. L'association enregistre son adhésion mais lui fait part de ses difficultés à répondre aux sollicitations qu'elle reçoit. «Certaines autorités du canton de Zurich essaient de nous entraver dans l'accomplissement de notre tâche, lui écrit l'association, le 28 mars 2007. Nous avons de plus de plus de difficultés à trouver des médecins prêts à examiner les membres de Dignitas et à rédiger l'ordonnance

nécessaire.» Marguerite est inquiète, elle craint de ne pouvoir aller jusqu'au bout de sa démarche. Mais sa volonté reste intacte: tous les quatre mois, conformément aux statuts de l'association, elle remplit un nouveau dossier de demande, lettre de motivation à l'appui.

Quelques jours avant le suicide assisté de Maïa Simon, Dignitas contacte Marguerite, pour qu'elle rencontre un médecin suisse. Le 11 septembre 2007, elle fait le voyage pour Zurich, accompagnée de Claude Hury, une militante et amie de l'ADMD, qui l'accompagnera jusqu'à la fin. La vieille dame est nerveuse, craint de louper l'heure du rendez-vous. *«Cela s'est passé merveilleusement bien, mais c'est bigrement sérieux, nous racontera-t-elle quelques jours après. J'ai été reçue par un médecin très barbu aux yeux bleus, très pénétrants, une sorte de Père Noël. Il m'a tenu la main pendant tout l'entretien. Il voulait vérifier si j'avais bien toute ma tête, si je n'étais ni dépressive ni sous influence.»*

Marguerite confie sa détermination d'en finir, coûte que coûte. *«Je lui disais: si vous ne m'acceptez pas, de toute façon, je me jetterai sous un train ou sauterai d'un immeuble.»* Après deux heures d'entretien, le médecin accepte de rédiger l'ordonnance qui permettra aux membres de Dignitas de retirer en pharmacie le produit létal. Puis il demande de choisir la date. Marguerite veut faire vite: ce sera le 20 novembre.

De retour à Paris, elle dit se sentir *«se-reine»*, enfin dégagée de l'angoisse que sa démarche ne puisse aboutir. Ses dispositions testamentaires déjà réglées - une partie de ses biens est revenue à l'hôpital des Diaconesses -, elle s'occupe de ses obsèques, organise avec les pompes funèbres la réception de l'urne qui contiendra ses cendres. Elle choisit les faire-part d'annonce de la cérémonie au Père-Lachaise, établit la liste des personnes conviées.

Quelques jours avant sa mort, elle semblait plus vivante que jamais. Dans son grand appartement haussmannien, empreint de l'odeur capiteuse de son parfum, elle revisitait les souvenirs, compulsait ses albums photo, sans nostalgie. L'étrange compte à rebous ne semblait pas lui peser. *«C'est assez curieux, je compte les jours, expliquait-elle simplement. Je ne suis pas encore partie, mais je ne suis plus tout à fait là. Je suis entre deux eaux. C'est comme quitter un rivage. Je n'ai qu'une peur, c'est de ne pas y arriver.»* Avait-elle

des regrets, des doutes parfois? *«Aucun, je suis seule, je veux en finir. On ne peut pas vivre sans amour. Il faut cette chaleur, cette présence, sinon c'est impossible.»*

Place Gambetta, une indiscretion a répandu la nouvelle. Un à un, proches et moins proches, voisins, commerçants, amis, sont venus lui faire leurs adieux. *«C'est inattendu, je n'avais pas pensé à ça, cela me bouleverse un peu, disait-elle. Les gens me disent: «Mais c'est pas possible de faire une chose pareille, on est là, on vous aime...» Certains sont en larmes, c'est presque à moi de les réconforter.»* Son médecin traitant passe la voir à plusieurs reprises pour la conjurer de renoncer. Ces bonnes intentions l'exaspéraient. *«Je ne suis pas une tête de linotte, je n'ai pas pris cette décision à la légère...»,* avait-elle coutume de répéter.

La démarche de Marguerite Messein dérange. Le vendredi 16 novembre, à l'avant-veille de son départ pour la Suisse, deux policiers sonnent à sa porte. Alertés par voie anonyme de son intention de se donner la mort, ils tentent de la dissuader de partir pour la Suisse. Marguerite plaide de son bon droit. Les policiers repartent, non sans lui avoir mystérieusement soufflé de *«faire attention aux contrôles»*.

La vieille dame panique à l'idée qu'on puisse l'empêcher de quitter le territoire. Deux jours plus tard, elle part comme une voleuse de son domicile, avec Claude Hury qui l'accompagne en voiture. Elle ne retrouve la sérénité que sur les lieux de son enfance, à Thoissey, une petite commune de l'Ain où vivait sa grand-mère, et où les deux femmes ont fait une halte.

Le matin du 20 novembre, date programmée de son décès, elles sont à Zurich, dans un petit hôtel sans cachet. Coup de fil de Dignitas: le bureau fédéral du canton a reçu une lettre de France affirmant que Marguerite était manipulée depuis deux ans et qu'elle n'avait plus toute sa tête. *«Elle était très contrariée, raconte aujourd'hui Claude Hury. Elle disait que jusqu'au bout, elle aurait été empêchée dans sa démarche, son désir d'en finir.»* A 11 heures, un policier et un médecin légiste suisses viennent l'interroger et s'enferment avec elle. Une nouvelle fois, sa conscience et sa détermination sont soupesées. Puis le médecin légiste sort et fait signe à Claude Hury que plus rien ne s'oppose désormais à sa volonté.

Dès lors, tout est allé très vite. Deux membres de Dignitas sont entrés dans sa

chambre d'hôtel, ont préparé le lit en le revêtant d'une matière plastique. Assise dans un fauteuil, Marguerite échangeait une dernière fois avec Claude et un couple de voisins venus de Paris pour l'accompagner dans ses derniers instants. Elle les a embrassés. A la main, elle tenait une photo d'elle avec son mari. Puis elle a absorbé un antivomitif. Les Suisses lui ont dit qu'elle pouvait encore renoncer. Elle a secoué la tête et tendu la main vers le Penthotal. Quand elle a bu, les membres de Dignitas l'ont filmée. Comme preuve ultime que sa mort était bien volontaire et consentante.

Le Monde, 12 février 2008

Un test de prédisposition au cancer de la prostate suscite une polémique

L'annonce, le 10 février, de la commercialisation à l'échelle internationale du premier test de dépistage de prédisposition au cancer de la prostate, par la société privée islandaise de biotechnologie deCODE genetics, provoque une controverse à la fois scientifique et éthique. Délivré par Internet, uniquement à des médecins selon l'entreprise, ce test est mis en vente au prix de 500 dollars (341 euros).

Le même jour, la revue *Nature Genetics* publiait, sur son site, les résultats de trois études menées par des équipes différentes (dont l'une appartenant à deCODE genetics), qui révélaient l'existence d'une série de mutations génétiques pouvant être statistiquement associée à un risque supérieur à la normale de cancer de la prostate. Ces résultats venaient compléter ceux récemment obtenus par un groupe de chercheurs suédois et américains.

Le cancer de la prostate est le plus fréquent des cancers chez l'homme, dans les pays développés: 543 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année dans le monde, et il est responsable de 200 000 décès par an, dont 10 000 en France. Aujourd'hui, son dépistage repose essentiellement sur le dosage sanguin de l'antigène spécifique prostatique (ou PSA), dont le caractère systématique chez les hommes de plus de 50 ans fait polémique.

«Au vu de l'ensemble des résultats scientifiques aujourd'hui disponibles, on estime qu'une dizaine de régions du génome humain, situées sur six chromosomes, sont aujourd'hui impliquées dans la prédisposition au cancer prostatique, précise le professeur Olivier Cussenot, spécialiste d'urologie (hôpital Tenon, Paris) et co-auteur de deux des trois publications de *Nature Genetics*.» Toutes ces variations n'ont cependant pas le même poids, et ce en fonction notamment des origines – populations africaines ou blanches d'origine européenne – des hommes examinés.

L'initiative de deCODE genetics ne vise, selon ses détracteurs, qu'à occuper au plus vite et de manière «sauvage», via Internet, un nouveau créneau de diagnostic génétique. Ils font valoir que ce test ne repose que sur une fraction de différentes régions identifiées comme pouvant être à risque. En d'autres termes, ce test ne permet pas de fournir un résultat exhaustif et précis quant à l'augmentation du risque de cancer prostatique.

Dispositif «insensé»

Pour le professeur Cussenot, l'analyse de l'ensemble des marqueurs génétiques doit faire l'objet d'une interprétation médicale et ne peut aboutir qu'à une réponse graduée, en fonction à la fois des hérédités paternelle et maternelle. Le principal objectif pour ce cancer est d'établir la différence entre les deux formes de tumeurs: celle dite «agressive» (à laquelle sont exposés au cours de leur vie entre 1% et 3% des hommes) et celle dite «indolente», présente chez plus de 40% des hommes de plus de 50 ans et qui demeure inapparente.

«Il est insensé que ces techniques de recherche soient offertes via Internet pour des tests individuels de prédisposition, déclare le professeur Dominique Marininchi, directeur général de l'Institut national du cancer. En l'état, ces tests ne sont pas pertinents pour une information individuelle. S'ils devaient l'être, ce ne serait qu'après un agrément fourni par les agences régulatrices des Etats-Unis, de l'Union européenne et de la France. L'accélération des connaissances ne doit pas engendrer l'accélération de l'offre de services «virtuels» dont le mauvais usage risquerait de déboucher sur des informations fausses, inadaptées et dangereuses.»

La toxicologie prépare sa «révolution cellulaire»

En testant la nocivité des composés chimiques sur des cellules humaines in vitro, et non plus sur des animaux, la toxicogénomique devrait permettre à la fois d'augmenter la rapidité et de diminuer le coût des études

La toxicologie est au seuil d'une nouvelle ère: de l'artisanat, elle devrait passer à l'industrie. Cette nouvelle toxicologie – dite «toxicologie cellulaire» ou encore «toxicogénomique» – permettra, dans un futur proche, d'accélérer considérablement les études de nocivité des composés chimiques mis sur le marché. Et d'évaluer celle des dizaines de milliers de molécules de synthèse diffusées depuis plusieurs décennies dans l'environnement sans réelles études préalables.

Le signal de cette révolution méthodologique est donné par trois agences de recherche fédérales américaines dont l'Environment Protection Agency (EPA). Elles ont annoncé, vendredi 15 février à Boston (Massachusetts), lors du congrès annuel de l'Association américaine pour l'avancement des sciences (AAAS), la signature d'un accord fondant un grand projet de recherche en toxicologie cellulaire.

«La toxicologie que nous pratiquons depuis plusieurs décennies repose sur les animaux, explique Francis Collins, directeur de l'Institut national de recherche sur le génome humain (NHGRI), impliqué dans le partenariat. Nous prenons des espèces animales, nous leur administrons le composé chimique que nous voulons évaluer, à de différentes concentrations. Nous attendons de voir si ces animaux tombent malades et, si c'est le cas, nous les examinons pour savoir quels organes ont été touchés.»

La toxicologie cellulaire, elle, consiste à observer, *in vitro*, la réaction de cellules à une molécule. Nul besoin, donc, de cobayes, mais de lignées cellulaires humaines. Sur chaque type de cellules (rénales, hépatiques, pancréatiques, cérébrales, etc.), le composé chimique est appliqué à des concentrations et pendant des durées variables. Les altérations du matériel génétique cellulaire sont ensuite relevées: ce sont elles qui peuvent, notamment, provoquer l'apparition de cancers.

L'intérêt de ce *modus operandi* est d'abord son haut niveau d'automatisation et sa ra-

pidité, qui diminuent considérablement les coûts des études. La description de ses grands principes, publiée dans la revue *Science* du 15 février, évalue entre 10 et 100 le nombre de tests toxicologiques menés chaque année sur des rongeurs alors que plus de 10 000 tests pourraient être conduits, en une seule journée, sur des lignées cellulaires humaines. Ce gain de temps rendrait possible non seulement les tests sur une seule molécule, mais sur les innombrables mélanges dont les toxicologues ignorent les effets avec précision.

Promesses immenses

Pour l'industrie chimique, l'intérêt est considérable. Les entreprises verraient les coûts des études toxicologiques – généralement à leur charge – baisser substantiellement. En outre, beaucoup moins de temps s'écoulerait entre le développement d'une molécule et sa «qualification» pour arriver sur le marché. Enfin, le sacrifice de millions d'animaux de laboratoire pourrait être évité, avec d'autant plus de profit que la transposition des résultats à l'espèce humaine est sujette à caution, comme le font valoir infatigablement certaines associations de promotion de la toxicogénomique, comme Antidote Europe.

Le promesses sont immenses, mais la toxicologie cellulaire n'a pour l'heure qu'une existence théorique. Selon John Bucher, (Institut national de la santé environnementale), les premières molécules testées devront être «les 2500 environ sur lesquelles nous avons des données très riches». Il s'agira ainsi de vérifier que les effets sur les cellules isolées sont conformes à ceux documentés au cours des tests de toxicologie classiques.

L'Europe n'est pas absente de cette révolution en cours. Elle vient d'adopter un règlement, Reach, qui prévoit l'évaluation de quelque 30 000 molécules chimiques d'ici à 2018 – mais avant 2011 pour les substances dites «CMR» (cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction). Cependant, selon Thomas Hartung (Institut pour la santé et la protection du consommateur, dépendant de la Commission européenne), l'Europe a «délaissé ce secteur de recherche pendant vingt ans». En ce qui concerne les Etats-Unis, note M. Hartung, malgré l'annonce du partenariat entre l'EPA et les instituts nationaux américains de la santé (NIH), «le projet présenté n'est pas encore budgété, et est en attente de financements supplémentaires du Congrès».

En Europe, «il y a des activités de recherche pertinentes sur ce sujet, avec des financements conséquents», estime M. Hartung: en particulier aux Pays-Bas, où un centre de toxicogénomique avec un financement de 25 millions d'euros est déjà en activité». Selon ce responsable européen, le financement d'une autre initiative est en cours de discussion entre l'UE et un consortium d'industriels de la cosmétique. De tels projets ne sont pas rares sur le Vieux Continent – au nombre de 17 selon M. Hartung – mais ils souffrent d'une manque de coordination des efforts de recherche.

La toxicologie cellulaire pourra-t-elle venir, à court terme, au secours du projet Reach? Rien n'est moins sûr. Si certains scientifiques américains impliqués prédisent les premiers résultats pour «dans deux à trois ans», M. Hartung ne voit pas ces nouvelles technologies se substituer aux anciennes méthodes avant «une dizaine d'années».

Le Monde, 19 février 2008

Les cancers ont doublé depuis 1980 mais la mortalité a reculé d'un quart

Les pathologies les plus graves (estomac, œsophage, ORL) ont chuté du fait de la baisse de la consommation d'alcool et de tabac. Les cancers du sein et de la prostate progressent

Le nombre de cancers a considérablement augmenté en France depuis vingt-cinq ans, mais le risque de mortalité associée a baissé. Selon les données rendues publiques, jeudi 21 février, par l'Institut de veille sanitaire (InVS), on estime à 320 000 le nombre des nouveaux cas annuels de cancer en 2005, contre 170 000 en 1980. En vingt-cinq ans, la fréquence de la maladie a quasiment doublé chez l'homme (93%) et fortement augmenté chez la femme (84%).

Le cancer du poumon reste le plus meurtrier (26 624 décès en 2005), particulièrement chez la femme où il est en augmentation. Mais ce sont les cancers de la prostate (62 000 nouveaux cas par an) et du sein (50 000) qui sont désormais les

plus fréquents, en grande partie en raison de l'utilisation systématique du dépistage.

Les chiffres de l'InVS ont été obtenus à partir de 600 000 cas de cancers recensés entre 1975 et 2003 dans les registres français du cancer (réseau Francim), et extrapolés à l'ensemble de la population. Ils montrent que depuis 1980, l'incidence du cancer a presque doublé tandis que le risque de mortalité a diminué de 24%. Cette apparente contradiction s'explique par «l'évolution croisée des cancers»: le nombre des pathologies les plus agressives, comme le cancer de l'œsophage, de l'estomac ou de la sphère ORL a chuté, du fait de la baisse générale de la consommation d'alcool et de tabac. Les cancers de pronostic plus favorable, comme le sein ou la prostate, sont, en revanche, en augmentation.

Plusieurs raisons expliquent ces évolutions. L'augmentation de la population et son vieillissement d'abord, le risque étant plus élevé de développer une tumeur chez les personnes âgées. Une part de la hausse des cancers peut être aussi attribuée aux modifications de l'environnement, bien que l'effet de l'exposition des populations aux cancérigènes soit encore peu documenté. Reste l'extension du dépistage: selon l'InVS, celui-ci «joue un rôle éminent dans l'augmentation des cancers, dont une partie n'aurait jamais émergé cliniquement s'ils n'avaient pas été recherchés».

Comparativement à ses voisins européens, la France affiche ainsi les plus forts taux d'incidence pour le cancer du sein et de la prostate. Pour les pathologies du sein, la mammographie de contrôle a prouvé son efficacité, en aboutissant à une prise en charge plus précoce des tumeurs et une augmentation des chances de survie. Le dépistage du cancer de la prostate par test sanguin ou dosage PSA (*prostate specific antigen*) est en revanche contesté. Les autorités sanitaires ont déconseillé de le systématiser, en raison d'un risque de surdiagnostic: des patients porteurs d'une pathologie dormante sont ainsi soumis à des traitements qui peuvent aggraver leur état.

Président du réseau Francim, le professeur Guy Launoy regrette la forte diffusion du dépistage du cancer de la prostate, que les médecins proposent de plus en plus aux hommes au-delà de 50 ans. «Le dépistage est un acte de santé publique fort, dont l'impact positif en terme de mortalité doit être mesuré, explique-t-il. Or, aucun essai

clinique de grande ampleur n'a encore démontré l'utilité du dosage PSA sur la mortalité du cancer de la prostate. A l'inverse, le dépistage du cancer colorectal a démontré son efficacité et pourtant on a un mal fou, en France, à le généraliser.»

Une campagne d'information devrait prochainement être lancée par l'Institut national du cancer (INCa) en vue d'une généralisation, dès cette année, du dépistage des tumeurs colorectales.

L'extension annoncée des pratiques de dépistage devrait modifier, dans les années à venir, les comportements médicaux et la perception de la maladie cancéreuse. Pour le docteur Françoise Weber, directrice générale de l'InVS, «chaque pratique de dépistage doit amener à reposer, pour chaque patient, la question du rapport bénéfice-risque sur le fait d'engager ou non un traitement».

«On doit maintenant s'habituer à l'idée qu'on peut vivre aussi avec un cancer, renchérit le professeur Dominique Maraninchi, président de l'INCa. Le cancer n'est pas toujours un monstre. Le fait de le diagnostiquer ne signifie pas forcément l'éradiquer.»

Le Monde, 23 février 2008

Medizin ist Menschenrecht

UN stellt Richtlinien gegen Korruption und Lobbyismus in der Pharmaindustrie vor

Augenfälliger kann Ungerechtigkeit kaum sein: Während die Labors der internationalen Pharmakonzerne fieberhaft nach Therapien gegen Fettleibigkeit und andere Zivilisationskrankheiten suchen, fehlt zwei Milliarden Menschen der Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten. Die privilegierten 15 Prozent der Weltbevölkerung verbrauchen laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) mehr als 90 Prozent der Arzneien weltweit - und das, obwohl die Vereinten Nationen das Recht auf die bestmögliche medizinische Behandlung längst als Menschenrecht anerkannt haben. Dazu stellt heute der UN-Sonderbeauftragte Paul Hunt Richtlinien vor, zu denen sich die pharmazeutische Industrie verpflichten soll.

Vorstoss birgt Chancen

Hunts Papier beschränkt sich nicht auf die Aufforderung, die Menschenrechte zu achten und zur Verbesserung der medizinischen Versorgung in den Entwicklungsländern beizutragen. Seine Vorschläge zielen auch darauf ab, Korruption und wirtschaftlichen Interessen geschuldeten Lobbyismus zu bekämpfen. Einige der 48 Richtlinien sind recht pragmatische Handlungsanweisungen, die diese Ziele in der Unternehmenspolitik verankern sollen.

Die Pharmaindustrie hat mit diesem Ansatz Probleme. «Wir lehnen ein weiteres Korsett für unsere Industrie ab», sagt etwa ein Sprecher des Darmstädter Merck-Konzerns. Dabei steht das Familienunternehmen Entwicklungs-Projekten durchaus aufgeschlossen gegenüber; der Konzern stellt zum Beispiel in einem Projekt mit der WHO afrikanischen Schulkindern Medikamente im Wert von 80 Millionen Dollar zur Bekämpfung einer bösartigen Wurmerkrankung kostenlos zur Verfügung.

Auch Henning Wrogemann, Deutschland-Chef des britischen Pharmaherstellers Astra-Zeneca sieht Hunts Vorschläge skeptisch: «Den Zugang zu medizinischer Versorgung zu verbessern, kann nur in gemeinschaftlicher Anstrengung der Firmen mit den betroffenen Ländern, mit transnationalen und Nicht-Regierungsorganisationen gelingen», sagte er der FR.

Die Hilfsorganisationen sehen das völlig anders. Das katholische Hilfswerk Misereor etwa feiert Hunts Papier als Durchbruch. «Es ist das erste Mal, dass die UN so konkret Vorschläge für eine für die Entwicklung so bedeutsame Branche wie die Pharmaindustrie ausgearbeitet hat», sagt eine Sprecherin. Die Richtlinien seien eine Chance, die medizinische Versorgung armer Länder zu verbessern.

So werden die Unternehmen etwa aufgefordert, die Verantwortung für die Umsetzung des Programms bei den Vorständen anzusiedeln. Menschenrechtsaktivisten könnten so leichter die Schuldigen in der Industrie beim Namen nennen. Überdies würde das die Rolle der Pharma-Bosse tiefgreifend verändern. Vor allem in den USA, wo die meisten großen Pharmakonzerne ihren Sitz haben, ist die Aufgabe des Vorstandschefs darauf beschränkt, den Gewinn seiner Aktionäre zu maximieren, andernfalls muss er mit Schadenersatzklagen rechnen. In Europa sieht man ihn

zumindest auch für seine Beschäftigten und das Wohl des Unternehmens in der Pflicht - übergeordnete Ziele sind aber auch hier bisher nicht vorgesehen.

Bislang zählt der Gewinn

Daraus folgt, dass Geschäfte mit Entwicklungsländern für grosse börsennotierte Pharmahersteller bestenfalls eine Nebentätigkeit sind. Die Entwicklung eines Medikaments kostet mehrere hundert Millionen Dollar. Ein Vorstand, der dieses Geld gewinnbringend investieren muss, steckt es eher in die Entwicklung einer Schlankheits-Pille, die auf einem Markt wie den USA zweistellige Renditen verspricht. Ein neues Malaria-Medikament könnte zwar Millionen Menschen in Afrika retten. Der Erfolg wäre zunächst «nur» ein humanitärer, kein finanzieller.

Frankfurter Rundschau,
11. März 2008

China's cure for health woes

Primary objective: Shift to small clinics from big hospitals

The Chinese government, struggling to rebuild its hobbled health-care system, is considering shifting emphasis from the country's large, state-run hospitals to a parallel health-care system with thousands of smaller primary-care clinics, according to people familiar with the matter.

For all the failures of the Communist experiment, Mao Zedong's China managed to provide basic care to hundreds of millions of citizens during the 1960s and 1970s.

Today, more than two decades after the government all but abandoned socialism for a slow embrace of free markets to boost development, that state-funded health-care system has withered.

Many people must pay for health-care themselves, which is often unaffordable, and the care they do get is frequently inadequate.

What exists is a patchwork of thousands of hospitals where doctors face little over-

sight and overprescribe drugs and even surgeries to maximize their profits.

But instead of aiming to fix the existing setup, the plan on the table would expand and boost funding for the myriad clinics, known as community-health centers, offering primary care to people in both rural and urban areas - sidestepping the problem, to a degree, by leaving the state hospital system relatively unchallenged.

China repeatedly has pledged to deal with its health-care problems. In the past year, its top economic-planning agency, the National Development and Reform Commission, or NDRC, has been hammering out a plan for overhaul. ...

One of the thorniest questions has been what to do with the state hospitals, many of which have thrived almost as independent businesses. Some party officials and outside observers have argued that the government should further privatize the country's hospitals, even selling them to private companies, in order to boost efficiency and create incentives for hospitals to improve the quality of care.

Now a consensus is beginning to emerge that central and provincial governments, many of which are flush with cash after years of booming growth, will need to foot a much larger portion of the bill. ...

Under the new plan, the government would build more clinics and pay the salaries of the staff and doctors - a move intended to reduce the incentive for doctors to profit from their patients by overprescribing drugs and services. The clinics, which would be administered by the Ministry of Health, would have only a few beds, for people who needed to recover for a few days from a broken bone, for instance. Their main purpose would be to provide primary care for outpatients, referring those with serious illnesses to specialists at hospitals. The idea is for these smaller clinics to siphon patients with everyday illnesses, such as colds and fevers, away from the hospitals.

«The Chinese government has decided to build up this parallel system to compete against the hospitals,» said one of the people familiar with the matter.

Minister of Health Chen Zhu has already begun speaking in broad strokes about the direction of change, to float ideas

and short-circuit potential problems and dissent. In a speech given to the Chinese National People's Congress in December, Mr. Chen said the government would «foster the progress of building a multilevel medical service» in rural areas, with county-level hospitals in the leading roles, but also relying on township health centers and village clinics.

In cities, Mr. Chen said, the government will focus on building «a new medical service system based on community health care service» that will provide people «with primary medical service on healing of the common diseases.»

But challenges remain in making the transition. For one, Chinese patients have grown accustomed to visiting large hospitals when they get sick. In the U.S., for instance, people will often call their family doctor first when they fall ill, but Chinese will travel to the nearest hospital to see a doctor. Chinese patients even carry their medical records with them, because many rarely see the same doctor twice.

**The Wall Street Journal,
March 12, 2008**

Anmerkung der Redaktion: Der zitierte Gesundheitsminister ist der berühmte Onko-Haematologe Chen Zhu, der die Therapie der Promyelocytenleukämie mit Retinoiden erfand.

Chantal Sébire, «littéralement mangée par la douleur», réclame le droit d'anticiper sa mort

Atteinte d'une tumeur incurable au visage, cette femme de 52 ans a sollicité auprès de la justice, mercredi 12 mars, l'autorisation exceptionnelle de se procurer une potion létale

Chantal Sébire, 52 ans, souffre d'un esthésioneuroblastome, une tumeur évolutive des sinus et de la cloison nasale, qui lui déforme cruellement le visage. Cette maladie rarissime et incurable, au très mauvais pronostic vital, lui a fait perdre la vue il y a quelques mois, après le goût et l'odorat. La tumeur prenant des «pro-

portions insupportables», sans rémission possible, Mme Sébire a écrit, le 6 mars, au président de la République, Nicolas Sarkozy, pour lui réclamer le droit de mourir.

Assistée de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD), Mme Sébire devait par ailleurs déposer, mercredi 12 mars, une requête exceptionnelle devant le président du tribunal de grande instance de Dijon. Invoquant la Convention européenne des droits de l'homme, qui protège le droit à la liberté et au respect de la vie privée, elle souhaite obtenir de la justice l'autorisation, pour un de ses médecins, de se procurer en pharmacie une potion létale, soit «*le traitement nécessaire pour lui permettre de terminer sa vie dans le respect de sa dignité*». ...

Que répondez-vous aux opposants à l'euthanasie, qui craignent les dérives potentielles d'une légalisation?

Que c'est au législateur de s'assurer, dans la formulation de la loi, qu'aucune dérive ne soit possible. En Belgique et aux Pays-Bas, et depuis peu au Luxembourg, cette possibilité laissée aux malades en situation d'incurabilité n'a pas concerné que très peu de personnes, sans entraîner une augmentation suspecte du nombre de morts.

Il ne s'agit donc bien évidemment pas de faire des euthanasies à tour de bras, ni d'étendre cette possibilité à tous les cas de fin de vie, la plupart de personnes ne demandant nullement la mort. Il ne s'agit nullement de tuer, mais de poser un geste d'amour envers l'humain en souffrance en face de soi, d'accompagner vers ce dernier cap. Nous ne sommes pas des éternels vivants, ni vous ni moi. Je demande simplement que ce calvaire s'arrête.

Le Monde, 13 mars 2008

Les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg ont franchi le pas

En France, le débat sur l'euthanasie est régulièrement relancé par l'exemple douloureux de patients en situation d'incurabilité, qui réclament le droit de maîtriser leur mort.

Ces personnes demandent la révision de la loi Léonetti sur la fin de vie, qui a abou-

ti à un droit au «laisser mourir». Selon ce texte, adopté le 22 avril 2005, l'acharnement thérapeutique doit être proscrit. Les médecins sont ainsi autorisés, à la demande du malade, à arrêter les traitements curatifs au risque de provoquer la mort. L'euthanasie active, par injection d'un produit létal, reste en revanche interdite, ainsi que le suicide assisté.

S'il reste bien ancré en France, le tabou de l'euthanasie a déjà sauté dans certains pays européens. Les Pays-Bas, en 2001, et la Belgique, en 2002, ont ainsi légalisé l'aide active à mourir, tout en l'encadrant strictement. Dans les deux pays, les médecins volontaires, sollicités pour une demande d'euthanasie, doivent respecter une liste de critères. Ils doivent notamment s'assurer que le patient a formulé sa demande de façon volontaire, réfléchie et répétée, que ses souffrances sont sans perspectives d'amélioration et insupportables, et qu'au moins un autre médecin indépendant a été consulté. Le respect de ces critères est contrôlé a posteriori par des commissions indépendantes.

En 2005, 1933 cas d'euthanasie ont ainsi été enregistrés aux Pays-Bas, dont la plupart concernaient des personnes souffrant d'un cancer en phase terminale.

Très récemment, le Luxembourg a aussi franchi le pas, en adoptant, le 20 février, une loi autorisant l'euthanasie, après un débat passionnel qui a divisé le pays. A l'origine de la nouvelle législation, les écologistes et les socialistes ont fait valoir qu'ils souhaitent mettre fin à l'hypocrisie actuelle: comme d'autres Européens, de nombreux Luxembourgeois se rendent en effet en Suisse pour mourir.

Si elle n'a pas légalisé formellement l'euthanasie, la Suisse dispose d'une des lois les plus libérales en la matière: le suicide assisté n'y est pas punissable tant qu'il n'est pas animé de «*motifs égoïstes*». Des associations helvétiques organisent ainsi le droit à mourir de leurs adhérents, l'une d'elles l'ouvrant aux étrangers.

Le Monde, 13 mars 2008

Vaccin contre le cancer du col de l'utérus: nous a-t-on tout dit?

En Suisse, l'utilité d'une vaccination contre les souches de papillomavirus

(HPV), responsables de 70% des cas de cancer du col de l'utérus, n'a jamais été remise en question. Notre enquête montre qu'il y aurait pourtant eu de quoi

Plus rien ne s'oppose en Suisse à une vaccination à large échelle des jeunes filles contre certaines souches de papillomavirus humain (HPV), responsables de 70% des cas de cancer du col de l'utérus. Pour autant qu'il se fasse dans le cadre d'un programme cantonal de type vaccination scolaire, le vaccin sera pris intégralement en charge par l'assurance de base. Les estimations des coûts des premières vagues de vaccination qui démarreront à la rentrée varient selon les sources: SantéSuisse, l'organisation faîtière des assureurs-maladie, les devise à 160 millions de francs. ...

Divergences européennes

Pourtant, cette affirmation, qui sous-entend l'existence d'une unanimité internationale sur le vaccin anti-HPV ne correspond pas à la réalité. Les positions adoptées par les différents Etats européens sont loin d'être identiques: la question du financement de la vaccination est toujours débattue en Suède et a écopé d'une fin de non-recevoir en Finlande comme en Autriche. Les autorités autrichiennes ont aussi décidé de ne pas recommander officiellement le vaccin. Par ailleurs, les pays qui recommandent la vaccination ne la remboursent pas forcément intégralement.

Enfin, là où la vaccination a été recommandée, comme au Canada, en Espagne, en France, en Italie et en Allemagne, de nombreux acteurs de santé publique protestent haut et fort: dans les revues indépendantes, sur Internet, ou par la voix de collectifs de médecins qui réclament un moratoire.

Que dénoncent-ils? D'abord des données insuffisantes. Les études disponibles sur le vaccin anti-HPV ont toutes été financées par les fabricants et certains résultats n'ont toujours pas été communiqués, notamment l'incidence du vaccin sur l'ensemble des lésions précancéreuses de haut grade. De plus, le recul actuel de cinq ans est insuffisant, car entre la contamination par un HPV et le développement de lésions précancéreuses, il s'écoule en moyenne entre cinq à douze ans. Enfin, on ignore si un rappel sera nécessaire et combien il coûtera.

Deuxième argument: des chiffres divergents. En Suisse, en France et en Allema-

gne, c'est Sanofi-Pasteur qui s'est chargé de calculer le rapport coûts bénéfices. Alors que la Grande-Bretagne, la Belgique, la Norvège et l'Autriche ont confié cette tâche à des instituts indépendants qui ont opté pour d'autres modèles de calcul. Résultat: l'étude financée par Sanofi-Pasteur prévoit à terme une diminution de 70% du nombre de cancers du col; ce chiffre, dans l'étude autrichienne, est de tout juste... 10%.

Autre reproche, l'appareil de «sensibilisation» déployé par les fabricants a été colossal. Ils ont inondé les médias et Internet de communiqués (d'où une remarquable unanimité des chiffres et des données) et à téléguider d'innombrables initiatives pseudo-citoyennes aux Etats-Unis et en Europe – quoi se nomment Action, Coalition ou Partenariat contre le Cancer du col, sont parrainées par des célébrités, présentant ce cancer comme l'un des plus meurtriers et surtout réclamant l'accès généralisé et gratuit à une vaccination anti-HPV, un peu comme on revendique le droit à l'eau potable. «On a créé un climat de peur qui n'a rien à voir avec la réalité, dénonce Martin Winckler, médecin et référence française en matière de contraception. Oui, ce cancer fait des ravages – mais dans les pays en voie de développement qui n'ont pas les moyens de faire du dépistage.»

Les fabricants ont aussi mis en place dans toute l'Europe des sites «d'informations» destinés aux adolescentes et «taillés sur mesure» pour chaque Etat (en Suisse: fr.tellsomeone.ch). Enfin, «le débat a été biaisé d'emblée, témoigne Abby Lippman, professeure au Département d'épidémiologie de l'Université Mc Gill à Montréal. Tous ceux qui ne plébiscitent pas le Gardasil sont aussitôt catalogués «anti-vaccin», ou, pire, accusés d'indifférence envers la santé des femmes.»

Dépistage insuffisant

Le dépistage pourrait aussi être amélioré selon les opposants aux vaccins systématiques: «Le dépistage par frottis a fait reculer la mortalité due au cancer du col, rappelle Abby Lippman. Mais dans la plupart des pays industrialisés, 30 à 70% des femmes sont suivies de manière inadéquate – frottis mal faits ou pas de frottis du tout, manque de suivi des cas détectés, absence de système organisé pour le dépistage et le suivi. Le potentiel est donc encore loin d'être épuisé. Sans compter que la vacci-

nation ne dispensera pas du frottis, car le vaccin anti-HPV ne protège pas de toutes les souches cancérogènes.» ...

Le Matin, 30 mars 2008

Les risques de cancer liés aux rejets des incinérateurs dans les années 70 et 80 sont réévalués à la hausse

La relation entre l'exposition aux rejets atmosphériques des incinérateurs d'ordures ménagères dans les années 1970 et 1980 et le risque de développer certaines formes de cancer est «statistiquement significative», selon une étude réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Les résultats définitifs de ces travaux ont été discrètement publiés, le 27 mars, sur le site de l'InVS.

La présentation des résultats préliminaires de cette même étude, en novembre 2006, avait fait l'objet de davantage de publicité. Si les conclusions globales n'ont pas notablement changé, certains chiffres ont été revus à la hausse, d'autres sont apparus.

L'étude a mesuré l'augmentation de la fréquence des cancers pour des personnes ayant subi une forte exposition aux fumées d'incinérateurs par rapport à la fréquence observée parmi une population très peu exposée. Cet «excès de risque relatif» pousse ainsi, par rapport aux estimations livrées en 2006, de 4% à 6% pour l'ensemble des cancers chez la femme, de 7% à 9% pour le cancer du sein, et de 8% à 12% pour des cancers du système lymphatique (lymphomes malins non hodgkiniens) dans l'ensemble de la population exposée.

«On a affiné les modèles statistiques», explique Pascal Fabre, médecin épidémiologiste et coauteur de l'étude, pour justifier cette révision. L'excès de risque relatif est de 18% concernant les lymphomes malins non hodgkiniens chez la femme et atteint 23% pour les myélomes multiples (forme de cancer du sang) chez l'homme. Dans ces deux catégories, aucun chiffre n'apparaissait dans les résultats préliminaires. Des excès de risque significatifs sont enregistrés pour deux autres types de cancer

(sarcomes des tissus mous et cancer du foie), mais à la limite de la fiabilité statistique.

Cette étude épidémiologique a été lancée en 2003 dans le cadre du Plan cancer. Elle devait préciser l'impact sanitaire d'une exposition de longue durée aux rejets des incinérateurs. Elle a porté sur quatre départements (Isère, Haut-Rhin, Bas-Rhin et Tarn) dans lesquels seize incinérateurs ont été en activité entre 1972 et 1990. L'étude des registres des cancers entre 1990 et 1999 a permis de recenser 135 123 cas parmi 2,5 millions de personnes.

«Trente ans après»

Les auteurs de l'étude reconnaissent que celle-ci sous-estime probablement les risques réels, puisque les cancers survenus après 1999 ne sont pas pris en compte. *«Or la littérature scientifique nous enseigne que des cancers peuvent apparaître trente ans après l'exposition à certaines substances,»* note Pascal Fabre.

«L'étude portant sur une situation passée, ses résultats ne peuvent pas être transposés au contexte actuel», souligne par ailleurs l'InVS. Les normes auxquelles sont actuellement soumis les incinérateurs ont considérablement réduit les rejets polluants. *«On peut dès lors s'attendre à une diminution du risque de cancer»,* estiment les auteurs de l'étude.

Un avis que ne partagent pas forcément les opposants à l'incinération, qui redoutent les effets encore mal connus de la combinaison de substances chimiques rejetées – même en faible quantité – par les incinérateurs modernes. *«Si l'on en croit l'InVS, il faudra attendre quinze ou vingt ans pour connaître leur impact sur la population»,* s'alarme Sébastien Lapeyre, du Centre national d'information indépendante sur les déchets (Cniid).

Le Monde, 5 avril 2008

Despite Silicon Valley Optimism, a Disease Resists Cure

In Silicon Valley, an unshakable optimism holds that the right combination of mon-

ey, brains and computing power can solve any problem.

Mike Homer, a hard-charging executive at Netscape Communications in the 1990s, and his friends certainly subscribed to that belief. It is what led them two years ago to donate hundreds of thousands of dollars, along with powerful new computers, to the University of California, San Francisco, where some of the nation's top researchers are trying to solve intractable medical mysteries.

In a cruel twist of fate, however, the group is getting a sober lesson in the limits of technology and money. Last May, Mr. Homer, 50, learned he had Creutzfeldt-Jakob disease, a rare brain-wasting disorder sometimes likened to mad cow disease. A cure has not been found.

Similar lessons, under different circumstances, were learned last year when technological search-and-rescue operations, using the power of distributed computing, came up empty in the hunt for a computer scientist lost at sea and for an adventurer whose plane had disappeared in the desert.

Yet instead of discouraging the people involved, these failures have nourished an even stronger belief that if the person in front of them cannot be cured or helped, then the technology developed or refined in the effort will at least help a much broader section of society. Silicon Valley has a long history of optimism - a belief that its technology can defy the laws of nature. The inventor Ray Kurzweil has said that people will be able to reverse the effects of disease and aging, leading to a promise of immortality.

Many aspects of the Web 2.0 movement acclaim the wisdom of crowds. Legions of Web surfers have written articles for Wikipedia, and bloggers and people posting videos to YouTube maintain that they help democratize the media.

«You cannot be an innovator or an entrepreneur unless you're an optimist», said Paul Saffo, a Silicon Valley technology forecaster. «You have to be an optimist in the face of logic and experience. Most ideas fail, most companies fail and most entrepreneurs fail.»

But Andrew Keen, an author, entrepreneur and social critic, derides what he calls the valley's «digital Utopians.»

«This shows the strengths and weaknesses of Silicon Valley», Mr. Keen said. «The optimism, the can-do, the vitality are the classic American qualities that have helped Silicon Valley achieve so much. But there's also an absurd side. People there are indulgent, they lack perspective, and they have a belief that they can do anything. There are some things you can't do.»

Mr. Homer's wife, Kristina, who met her husband when both worked at Netscape, said that when she heard the bleak diagnosis - and that no one with Creutzfeldt-Jakob disease survives - she got straight to work on attacking the problem. «We live in Silicon Valley», she said. «The impossible happens all the time, and in the grand scheme of things, usually doesn't take very long.»

For the last several months, Mr. Homer has been cared for at home, while at the University of California, a «Flight for Mike» campaign continues to raise money, even though its original mission has shifted.

«The miracle probably isn't going to happen for Mike,» said Ron Conway, a technology investor who, with William V. Campbell, the chairman of Intuit and another close friend of Mr. Homer, has led the effort. «The campaign now has turned to how can we save others.»

The Fight for Mike campaign has raised more than \$7 million, which doctors at the San Francisco campus say could help cure other neurological diseases such as Alzheimer's disease and amyotrophic lateral sclerosis, or Lou Gehrig's disease. Mr. Homer's friends have faith in the medical school, where a Nobel laureate, Stanley B. Prusiner, leads research into prion diseases, and where Mr. Homer's doctor, Michael Geschwind, is leading the first-treatment study for Creutzfeldt-Jakob disease in the United States.

Keeping an eye on a brighter future, even as the bubbles burst or hope fades, was certainly true in two other instances when Silicon Valley rallied to use technology to search for the missing. James Gray, a researcher with Microsoft and renowned computer scientist, disappeared in January 2007 when he sailed from San Francisco to scatter his mother's ashes at sea. In September, the adventurer Steve Fossett was piloting a small plane over Nevada desert when he vanishes.

While both events led to full-scale search-and-rescue operations, they also provided

showcases for Microsoft and Google, as well as for Amazon's «Mechanical Turk» technology. The idea behind the Mechanical Turk program is that human beings perform some tasks better than computers, like identifying objects in photographs.

Using the Amazon service, groups of people could take satellite photos, made available by Microsoft and Google, and divide them into manageable tasks. Hun-

dreds of volunteers worldwide logged on to their computers and painstakingly searched these photos of ocean or desert. The men, or even the boat and the plane, have not been found.

People involved in those searches did not necessarily see a failure of technology. «It's not that futile,» said Joseph M. Hellerstein, a computer science professor at the University of California, Berkeley,

who helped lead the search for Mr. Gray. «In science and medicine, you try a second, third and fourth time, and progress is made. You need doggedness and insight.»

«It's not a bad thing to try this stuff,» Professor Hellerstein added. «This is how discovery is done. Hubris is part of the intellectual exercise.»

The New York Times
April 14, 2008

Ora anche in Ticino «Ti sono tanto vicino...»

Teatro interattivo: comunicazione e cancro

La diagnosi «cancro» scatena in molti pazienti, ma anche nelle persone a loro vicine, paure ed insicurezze. Ciò rende difficile la comunicazione tra le persone colpite e chi sta loro attorno. La pièce teatrale «Ti sono tanto vicino...» uno sguardo al tema tabù del cancro, messa in scena dal gruppo «Metaforum» (una collaborazione tra Meta Playback theatre e Giolli), dà la possibilità al personale specializzato, ai pazienti ed agli interessati, di esercitarsi con disinvoltura nei rapporti con le persone colpite dal cancro.

Nella prima parte della pièce il gruppo teatrale recita scene tipiche della vita di un paziente. In seguito un moderatore chiede agli spettatori di intervenire nell'azione. Gli attori seguono subito le proposte del pubblico e reinterpreta la scena desiderata. Esercitandosi in questo clima rassicurante, gli spettatori possono sperimentare immediatamente le conseguenze delle loro azioni.

La pièce «Alles Liebe...» del teatro Knotenpunkt ha suscitato un enorme successo nella Svizzera tedesca. Hans Neuenschwander, Caposervizio Cure Palliative dell'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana IOSI (EOC), si è adoperato perché possa essere messa in scena anche in italiano: «L'evento viene proposto e riconosciuto come formazione professionale. Gli operatori vengono esposti, in modo molto realistico, ai vissuti quotidiani dei malati affetti di cancro. Partecipando a questo tipo di formazione sono sempre di nuovo sorpreso di come l'interazione del pubblico sia in grado di modificare e sdrammatizzare gli inghippi nella comunicazione.» Le formazioni professionali sono organizzate con il sostegno della ditta Mepha Pharma SA.

Nell'annuncio a lato e sul sito www.mepha.ch potete trovare ulteriori informazioni. La pièce «Ti sono tanto vicino...» viene rappresentata per gli operatori nel quadro degli eventi di formazione professionale e per il pubblico. Per gli eventi di formazione professionale vengono richiesti crediti formativi alle diverse società specialistiche.

«Ti sono tanto vicino ...»

uno sguardo al tema tabù del cancro

Teatro interattivo – Interazione con malati di cancro e con i loro congiunti

8 settembre 2008 Lugano, Nuovostudiofoce, ore 19.00

29 settembre 2008 Bellinzona, Teatro Sociale, ore 19.00

Due momenti di **formazione professionale** organizzate tramite il Servizio Cure Palliative IOSI (EOC), in collaborazione con il teatro «Metaforum» (una collaborazione tra Meta Playback theatre e Giolli)

11 ottobre 2008 Lugano, Teatro Cittadella, ore 17.00

In occasione del World Hospice and Palliative Care Day, il Servizio Cure Palliative IOSI (EOC), Hospice Ticino e l'Associazione Ticinese Cure Palliative (ATCP) organizzano una **rappresentazione pubblica** in collaborazione con il teatro «Metaforum» (una collaborazione tra Meta Playback theatre e Giolli)

CANCRO TEATRO LE VIBRO INTERATTIVO

Le tre rappresentazioni sono gentilmente sostenute dalla ditta Mepha Pharma SA

Ulteriori informazioni sugli eventi si trovano sul sito www.mepha.ch oppure rivolgendosi a curepalliative.lugano@eoc.ch



lega ticinese contro il cancro



mepha



Centre de sénologie de la Suisse italienne (CSSI)

«L'accréditation européenne représente pour nous de nouveaux défis»

Un travail de pionnier au profit des patientes et de la médecine

Entrevue avec le Docteur Alberto Costa, coordinateur du centre
Par Sergio Ferrari

Ce qui ne semblait qu'un rêve est devenu réalité: fin octobre 2007, le Centre de sénologie de la Suisse italienne (CSSI) a reçu l'accréditation de la Société européenne de Sénologie (EUSOMA, selon son sigle en anglais), organisme reconnu par la Commission européenne et le Parlement de Strasbourg.

Le cancer du sein frappe une femme sur dix dans les pays occidentaux.

«Selon les normes internationales, cette accréditation qui consacre notre appartenance au réseau EUSOMA exige, entre autres conditions, de traiter au moins 150 nouveaux cas par an, que les radiologues effectuent au moins 50 mammographies par semaine et que les chirurgiens principaux opèrent au moins 50 patientes par an», explique le Docteur Alberto Costa, coordinateur du CSSI depuis 2005.

Le Dr. Costa, qui a plus de 30 ans d'expérience, est reconnu comme un spécialiste de premier plan à l'échelon international. Membre de la prestigieuse équipe d'Umberto Veronesi, il est directeur de l'École européenne d'oncologie de Milan et coordinateur du Centre de sénologie de Pavie. Il ne cache pas la profonde satisfaction que lui procure l'accréditation reçue par le CSSI, projet dont il est l'un des principaux artisans. «Jusqu'à présent, en Suisse, seul le Brustzentrum de Zürich l'avait obtenue», précise le Dr. Costa, avec une légitime fierté, au début de cet entretien pour le Bulletin suisse du cancer.

Quelle est l'idée qui sous-tend le travail du CSSI et vient de lui valoir une reconnaissance de la qualité des soins qu'il dispense?

Notre projet se fonde sur un ensemble d'antécédents et d'études relatives à

d'autres types de cancer. Par exemple, en Écosse, les autorités médicales ont prouvé dans le cas du cancer de la prostate l'existence d'une relation entre l'expérience du chirurgien qui opère et les effets secondaires de l'intervention, qui peuvent être très importants puisqu'il s'agit de l'impuissance ou de l'incontinence. En effet, on a observé que dans les opérations pratiquées par des chirurgiens effectuant moins de 15 interventions par an, le risque d'effets secondaires dépasse les 70%. En revanche, s'il s'agit de chirurgiens qui réalisent plus de 75 interventions par an, il tombe à moins de 20%.

C'est la preuve irréfutable de l'importance de l'expérience professionnelle...

Exactement. On accorde de plus en plus d'importance à cet aspect. Il existe maintenant, par exemple, une organisation appelée «Europa Donna», à qui Strasbourg a recommandé de créer des centres de sénologie. Ceux-ci ont pour l'objectif d'offrir aux femmes un bon diagnostic et un traitement adéquat et confient les interventions à des spécialistes ayant une longue pratique. Les chirurgiens - et cela est tout à fait compréhensible - ont tendance à réaliser les interventions qu'ils connaissent le mieux, mais elles ne sont pas toujours adaptées aux besoins du patient. Dans le cas du cancer du sein, c'est très délicat car le médecin va parfois procéder à une mastectomie même si elle n'est pas nécessaire ou retirer tous les ganglions axillaires même s'il ne suffirait de biopsier le ganglion sentinelle.

Par ailleurs, le spécialiste n'a pas toujours l'expérience requise. D'une façon caricaturale, il est alors comparable au pilote d'un avion qui dirait aux passagers: «Bienvenus à bord. Cela



Dr. Alberto Costa, coordinateur du CSSI

fait six mois que je n'ai pas piloté ce type d'appareil, mais ne vous inquiétez pas, j'ai lu le manuel technique!»

Pour revenir au Centre de sénologie de la Suisse italienne, comment est-il né? Comment est-il parvenu à obtenir l'accréditation européenne?

Il existait à Bellinzona un centre de sénologie dirigé par un spécialiste de premier plan, le Dr. Lucio Bronz. Mais l'on sait que le Mont Ceneri est une barrière naturelle. Le Dr. Franco Cavalli et l'Institut d'oncologie de la Suisse italienne ont donc senti la nécessité d'inviter quelqu'un ayant une très grande expérience en sénologie mais qui soit complètement étranger au Tessin - sans relations affectives avec les spécialistes d'ici - pour mener à bien une restructuration.

Je suis donc arrivé d'Italie en 2005 et j'ai été très bien reçu, du fait de ma longue expérience. Nous nous sommes fixés des objectifs afin de progresser

selon une nouvelle logique, qui allait nous conduire à être reconnus par la Société européenne de Sénologie.

Mais concrètement, comment s'est déroulé ce processus?

Il y avait en Suisse italienne quatre centres publics qui offraient cette spécialité. D'emblée, j'ai proposé d'opérer ensemble. Nous sommes ainsi passés à deux centres, situés à Lugano et à Bellinzona. Nous avons commencé à travailler en synergie et de façon complémentaire. Un comité scientifique et technique (*Tumor Board*), composé de quatorze spécialistes reconnus, a été créé. Nous avons décidé de tenir une visio-conférence une fois par semaine, chaque mercredi, pour échanger des informations et définir ensemble le suivi. Ce comité, à l'instar de l'Union européenne, s'est doté d'une coordination semestrielle tournante. C'est le Dr. Lucio Bronz qui a été le premier coordinateur, suivi du Dr. Thomas Gyr. Nous avons pu ainsi passer de 120 à 150 cas diagnostiqués et traités par an, tout en visant les meilleurs soins possibles.

Si je comprends bien, le grand changement, c'est l'abandon de la compétition entre spécialistes au profit d'un travail en synergie?

Exactement. Nous avons accepté de séparer les aspects administratifs et les aspects médicaux. En clair, si une patiente qui doit être opérée a particulièrement confiance en son propre médecin, parce qu'il la soigne depuis trente ans, qu'il l'a accouchée, etc., celui-ci peut continuer à l'accompagner. Mais un chirurgien plus spécialisé dans le type d'intervention requis est peut-être indispensable compte tenu de la complexité de la situation. Nous demandons alors au médecin de l'accompagner, et il facture même les soins puisque c'est sa patiente. Mais dans l'intérêt de la malade, c'est un autre spécialiste plus expérimenté qui pratique l'opération. La patiente est complètement satisfaite car la relation privilégiée avec son médecin est maintenue et qu'elle bénéficie de la meilleure opération possible. Le Centre protège les malades et les médecins font un travail d'équipe. Tous se sentent collectivement respon-

sables mais personne ne perd rien. Je suis très heureux que nous ayons reçu l'accréditation européenne mais je me sens encore plus satisfait des énormes avantages qu'apporte le fait de travailler ensemble.

Ma question est peut-être ingénue. Mais comment se fait-il que le travail collectif, qui semble logique, puisse apparaître comme quelque chose de tellement extraordinaire qu'on le récompense par une reconnaissance au niveau européen?

Le travail en synergie est une révolution culturelle. On ne peut nier que la médecine, mélange de science et d'art, est profondément individualiste. Les artistes ont du mal à travailler en équipe, dans un collectif. En Suisse notamment, la médecine est très personnalisée. Dans les hôpitaux publics, le nom des chefs de service est toujours affiché. Mon expérience en Italie était très différente. Je fais partie du «Groupe Veronesi» de l'Institut européen d'oncologie de Milan: les patients y sont reçus par n'importe lequel des spécialistes et savent que tous ont un excellent niveau. Après deux ans de travail, pour moi c'est un grand progrès qu'à l'hôpital de Lugano et de Bellinzona, les panneaux indiquent simplement «Centre de sénologie», sans aucun nom.

Avec une certification de cette nature, les exigences s'accroissent pour le CSSI.

Effectivement, et si ces nouvelles exigences ne sont pas respectées, le centre peut perdre au bout d'un an l'accréditation de l'EUSOMA. La tâche la plus immédiate est la création d'une base de données très détaillée de tous les cas de cancer du sein en Suisse italienne.

Par ailleurs, nous allons vers la création d'une «salle de sénologie» pour opérer tous les cancers le même jour une fois par semaine. Pourquoi? Parce que la qualité de l'acte chirurgical s'accroît si l'on ajoute un pathologiste et un chirurgien plastique. Ce qui nous conduit à intensifier le travail collectif. Un vrai défi.

Le Tessin est souvent considéré comme un canton «périphérique», une

minorité linguistique... Comment expliquez-vous qu'il soit le premier, après Zürich, à recevoir cette reconnaissance européenne ?

C'est une question intéressante. Il y a peu, une étude nationale de Comparis a montré que de tous les Suisses, les habitants du Tessin sont ceux qui tiennent le plus à leurs hôpitaux. C'est une donnée significative. Quant à l'impact en Suisse de l'octroi au CSSI d'une accréditation européenne, j'espère qu'il sera marquant et que l'opinion publique comprendra l'importance du processus que nous avons entamé.

D'autres rêves pour la continuité de votre travail?

J'avoue que j'admire énormément les progrès du projet de coopération médicale dans la région frontalière entre la Suisse et l'Allemagne. J'aimerais travailler à une initiative de coopération entre la Suisse et l'Italie. La langue rapproche. Aujourd'hui, dans le système suisse, qui est d'ailleurs excellent, les patients du Tessin doivent souvent aller se faire soigner en Suisse alémanique, ce qui n'est pas facile du fait de la langue.

Impossible d'achever cet entretien sans vous demander que signifie pour vous, d'un point de vue personnel et professionnel, l'expérience que vous vivez dans le Tessin.

D'un point de vue professionnel, elle est essentielle. Nous avons dépassé une étape essentielle que je n'ai pas encore franchie, par exemple, avec le Centre de sénologie de Pavie, que je continue à coordonner et qui n'a pas encore l'accréditation européenne.

D'un point de vue personnel, c'est encore plus important. Ma vie a changé: depuis 2008, je vis avec ma famille en Suisse italienne, dans un merveilleux petit village qui s'appelle Gentilino (le petit gentil)... Un beau nom - tout un symbole dans cette nouvelle phase de ma vie - pour un village qui nous offre une meilleure qualité de vie. Une étape particulière. Ici, je peux me déplacer sans problèmes avec mon nouveau scooter Vespa. Et en moins d'une heure, je suis à Milan par les transports publics...



EXJADE
deferasirox

glivec
imatinib

Navoban
Tropisetron

ZOMETA
zoledronic acid

Femara
(letrozole)

Tasigna
(nilotinib)

Sandostatin LAR
octreotide / IM INJECTION

PROLEUKIN
ALDESLEUKIN

Your partner in oncology

 **NOVARTIS**
ONCOLOGY

www.novartisoncology.ch

«The Pain Forum»

A model for an inter-/multidisciplinary case discussion at the Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI)

Piero Sanna, Palliative Care Service and Unit, Oncology Institute of Southern Switzerland, Bellinzona

Introduction

The management of both acute and chronic pain is a major challenge in the modern medical practice. In the field of oncology, one should remember that up to 50% of patients will experience some kind of pain at the time of cancer diagnosis, rising up to 80% in the setting of advanced disease. The encouraging success documented in the last decades is not only due to a significant growth of scientific knowledge in the area of pharmacological analgesy, but it is surely also associated to efficacious campaigns of education among doctors and other caregivers. New management concepts address and target different pain syndromes in cancer disease resulting in concrete chances of symptom's control as a consequence. The management of chronic and complex cancer-related pain and pain syndromes through an inter- and multidisciplinary therapeutic approach, can generate concrete advantages for both patients and caregivers. In this short paper we would like to report the 3-years experience of the «Pain Forum», an inter-/multidisciplinary case discussion joint meeting of the Oncology Institute of Southern Switzerland (IOSI) and the Ospedale Regionale Bellinzona e Valchi (ORBV) in Bellinzona.

Background

After the successful cancer pain campaign of the Swiss Cancer League, «United Against Pain» and the following certification of the four main public hospitals of the Canton Ticino (Bellinzona, Lugano, Locarno and Mendrisio), the local committee of the IOSI and the ORBV in Bellinzona, decided to maintain and, if possible,

to develop further the level of local expertise in the field. Basing on motivated caregivers of the Palliative Care Service and Unit of the IOSI and of the Pain Service of the Department of Anaesthesiology of the ORBV, we planned the creation of a clinical monthly meeting devoted to the discussion of (oncological) pain cases. The «Pain Forum» was established in spring 2005 and the first meeting was scheduled in April 2005.

Structure of the meeting

Since their institution, the meetings have been scheduled every 4-6 weeks (duration 60-90 minutes according to the agenda). The Forum is composed by a true multidisciplinary panel of participants (at the moment 12 people) representing medical oncology and palliative cancer care, psychooncology, anaesthesiology, neurology, internal medicine, rheumatology, pharmacology, nursing sciences and physical therapy. Physicians and nurses are equally represented. The meeting, organized, managed and chaired by the Palliative Care Service of the IOSI and open to the participation of non-members, consists on three distinct moments: a short presentation of the recent available literature (5-10 min); the discussion of 1-2 clinical cases (30-45 min) and a short «educational pill» (5-10 min). A written protocol of every meeting is produced by one of the members of the group on a rotation basis.

Case discussion

The choice of the clinical case to be discussed in the meetings is free; that means that everybody inside the

group but also caregivers outside the group can make any proposition of cases to be analyzed. It is strongly recommended that the cases contain one or more particularity like case-complexity, management's troubles or difficulties, treatment's refractoriness, analgesia problems (drugs interactions or toxicities) or that it may have some relevant didactic weight. Eventhough the «Pain Forum» is mostly addressing cancer-related pain and pain syndromes, non-oncological cases are accepted to the discussion (being fulfilled the conditions mentioned above). The management of chronic pain arising from geriatric, neurological, rheumatological, nephrological, surgical or neurosurgical diseases or complications may benefit from a discussion in a devoted meeting of specialists like our Forum. Furthermore the panel can identify other specialists outside the institute and the hospital, considered as expert leaders in their particular fields, asking them to participate in the discussion and the decision-making process, thus offering to patients and their caregivers competent management. The presence of the ground practitioner caring for the patient being discussed is welcomed but unfortunately only sometimes possible.

At the round table, the clinical case to be analyzed, is shortly presented (10 minutes) by one of the junior or senior physicians. Questions and remarks by any participant are welcomed in an interactive spirit. The oral presentation of the cases may be supported by the projection of radiology exams or of other imaging investigations. The discussion is driven by the chairman and the results of the discussion are being summarized in a written document by one of the members. The document issued by this panel will include

comments, suggestions and recommendations for medical and nursing caregivers. Some of these contents will be listed in the patient's hospital discharge letter. The case may be discussed again in the next or one of the next meetings if necessary or required. In any case a short feed back of the clinical evolution of the previous cases will be given in the following meetings.

Conclusions

The quality program «United Against Pain» of the Swiss Cancer League introduced a new view in the interpretation of both pain assessment and

management in our cancer center and generally in the San Giovanni Hospital. After the accreditation with the quality label of the Swiss Cancer League, a great effort was produced in order to maintain and to implement the knowledge at every level in this essential science. The creation of the «Pain Forum», an inter-/multidisciplinary monthly meeting of different specialists dealing daily with the problem, was one of the best conquests after the end of the program. We are trying to further implement this creation by the inclusion of new colleagues and we are still considering to organize sessions in shorter intervals. The didactic and functional efficacy of the meeting is documented by the persistent interest of the core group and by some

relevant therapeutic achievements in different patients so that we hope to celebrate many more «Pain Forum» anniversaries!

Correspondence address:

Piero Sanna M.D.
Palliative Care Service and Unit
Oncology Institute of Southern
Switzerland
Ospedale San Giovanni
CH-6500 Bellinzona
Tel. +41 91 811 80 40
Fax +41 91 811 90 44
piero.sanna@eoc.ch

11. Internationales Seminar Onkologische Pflege – Fortgeschrittene Praxis

03. - 04. September 2008, Universität, CH-St. Gallen



Ziel: Reflexion, Stärkung und fachliches Update wissenschaftlicher Erkenntnisse für Fachpflegepersonen aus Praxis, Führung und Lehre.

Inhalt: Ältere Menschen in der Onkologie, Erleben von Krankheit und Behandlung, Supportive Care für Patienten und Betreuende, aktuelle medizinische und pflegerische Entwicklungen. Speziell dieses Jahr: ein interdisziplinäres Symposium gegen Übelkeit und Erbrechen.

Detailliertes, aktuelles Programm siehe www.zetup.ch

Methoden: Plenumsvorträge, Diskussion, Workshops und persönlicher Austausch.

Leitung: Dr. A. Glaus PhD (CH); M. Fliedner MNS (CH); B. Glawogger MSc (AT); E. Irlinger MNS (DE)

Veranstalterin: European School of Oncology – deutschsprachiges Programm (ESO-d)

Kurs mit EONS-Akkreditierung

Infos + Anmeldung (Frühbuchungsrabatt bis 31.5.2008)

Kongress-Sekretariat / ESO-d / Frau Gabi Laesser

c/o Tumorzentrum ZeTuP

Rorschacherstrasse 150, CH-9006 St. Gallen

Tel.: +41 71 243 00 32, Fax +41 71 245 68 05

eso-d@sg.zetup.ch; www.zetup.ch (Rubrik Lehre + Kongresse)

VELCADE® erweitert die Möglichkeiten

Erste und einzige Monotherapie mit nachgewiesenem Überlebensvorteil^{1,2}

Monotherapie + Kombinationstherapie

¹ Richardson et al. New Drugs for Myeloma, Oncologist 2007; 12:664-689.

² Richardson et al. Bortezomib or high-dose dexamethasone for relapsed multiple myeloma. N Engl J Med. 2005 Jun 16;352(24):2487-98.

VELCADE® Zusammensetzung: Bortezomib. Durchstechflaschen à 3.5 mg. **Indikation:** Behandlung von Patienten mit rezidivierendem/refraktärem Multiplem Myelom, welche mindestens eine vorhergehende Therapie erhielten. **Dosierung:** 1.3 mg/m² KOF 2 x wöchentl. über 2 Wochen (Tage 1, 4, 8, 11; mindest. 72 Stunden zwischen 2 Dosen) gefolgt von einer 10-tägigen Therapiepause. Als Bolusinjektion (3-5 Sek.) über einen peripheren o. zentralen i.v. Katheter, gefolgt von einer Spülung mit 0.9% NaCl. Dosisreduktion und/oder Therapieunterbruch bei peripherer Neuropathie Grad 1 mit Schmerzen oder Grad 2-4, nicht-hämatolog. Tox. Grad 3 oder hämatolog. Tox. Grad 4. Anwendung nur von Ärzten mit Erfahrung in zytostatischer Chemotherapie. Behandlung über 8 Zyklen. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber Bortezomib, Bor o. Mannitol. Schwere Leberinsuffizienz. Schwangerschaft, Stillzeit. **Vorsichtsmassnahmen:** Regelmässige Kontrolle des Gesamtblutbilds und der Laborparameter. Korrektur von Elektrolytstörungen. VM bei Patienten mit vorbestehender schwerer peripherer Neuropathie, eingeschränkter Nieren- oder Leberfunktion, Synkopen/orthostatischer Hypotonie, Risiko für Krampfanfälle, Risikopatienten für Tumor-Lyse-Syndrom. **Interaktionen:** Engmaschige Überwachung bei Kombination mit potenten CYP3A4-Hemmern, CYP2C19-Hemmern oder CYP3A4-Induktoren. Vorsicht bei Kombination mit CYP3A4 oder CYP2C19-Substraten und mit oralen Antidiabetika. **Unerwünschte Wirkungen:** Thrombozytopenie, Anämie, Neutropenie, Anorexie, periphere/periphere sensorische Neuropathie, Kopfschmerz, Parästhesie, Dyspnoe, Übelkeit, Diarrhoe, Erbrechen, Obstipation, Ausschlag, Myalgie, Müdigkeit, Fieber, Dehydratation. **Liste A:** Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte dem Arzneimittelkompendium der Schweiz. Kassenspflichtig bei Patienten mit rezidivierendem/refraktärem Multiplem Myelom nach einer vorhergehenden Therapie und nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Vertrauensarzt des Krankenversicherers. P100336-09/07-d

ORTHO BIOTECH
a division of

JANSSEN-CILAG AG
Sihlbruggstrasse 111, 6341 Baar



**Prix Galien
2006**

VELCADE®
(bortezomib)
Zukunftsweisend in der Myelomtherapie

World Cancer Day: now a universally recognized yearly event

Jose Julio Divino, MPH¹, Páraic Réamonn²

¹ Head, UICC Campaigns & Public Affairs

² UICC Information Officer

Around 700 million children - almost half of the world's children - breathe air polluted by tobacco smoke, particularly at home.

According to the Swiss Cancer League, Switzerland has exactly the same problem: it notes that second-hand smoke is the number 1 pollutant for Swiss children.

On World Cancer Day, 4 February 2008, UICC and well over a hundred of its member organisations in 98 countries worldwide, directed a simple message to parents: «Second-hand smoke is a health hazard for you and your family. There is no safe level of exposure to second-hand smoke. Give your child a smoke-free childhood.»

UICC launched this first full-year focus of the «Today's children, tomorrow's world» cancer prevention campaign with the important goal of ensuring that children worldwide grow up smoke-free. The global «I love my smoke-free childhood» initiative recognizes the fundamental right of children to breathe clean air.

To back the campaign, UICC launched a 40-page expert report, «Protecting our children from second-hand smoke». The report is one of the first attempts to review and synthesize scientific studies on exposure to second-hand smoke among children, relevant models for exposure, the toxicity of second-hand smoke and related children-specific diseases, and the children's health burden in global perspective. It also collects conclusions on effective intervention and policy measures in homes, private vehicles, schools and childcare facilities, and other public places. The report was written by Margaret Hawthorne and Dr Jonathan Samet (Johns Hopkins



University, USA) and Lindsay Hannan and Dr Michael Thun (American Cancer Society). Moreover, the report is book-ended by a foreword and afterword written by Witold Zatorski (Poland) and Sylvianne Ratte (France).

To supplement this news report, UICC produced a 42-second public service announcement (PSA) depicting how children's health suffers as the result of exposure to second-hand smoke.

The PSA was sent to national and regional broadcasters for year-round play and has been running globally on CNN International.

Communications supporting «I love my smoke-free childhood» promoted smoke-free environments for the young and encourage responsibility, without limiting personal freedom. In each news medium, reporters noted that people who smoke in confined spaces, such as the home or the car,

subject others to a dangerous mix of toxins and carcinogens including nicotine, carbon monoxide, and cyanide, even when the windows are open.

From Washington to Warsaw, Chicago to Los Angeles, Paris to Geneva – Isabel Mortara and UICC president Dr Franco Cavalli took part in World Cancer Day interviews with more than a dozen radio networks. The reports reached more than eight and a half million listeners. The UICC video news report featuring UICC executive director Isabel Mortara, Dr Michael Thun of the American Cancer Society and Dr Hao Xishan of the China Anti-Cancer Association aired on CNN International and China Central Television. These networks have a combined audience of a half billion TV households.

UICC member organisations and partners extended their efforts in depth. In Switzerland, Dr Franco Cavalli and Swiss Cancer League director Bruno Meili were widely quoted in the local press and were interviewed on *Schweizer Fernsehen* (SF1) and on *Televisione Svizzera Italiana* (TSI1).

In Geneva, UICC joined hands with the Swiss Cancer League (a UICC member organization), the Geneva League Against Cancer, CIPRET, OxyGenève, and the «Comité d'Initiative» to support the referendum on making closed or indoor public places in Geneva smoke-free. There are smokers in nearly half of all Swiss households, so pre-school children spend a lot of time in a smoke-filled environment. Almost half of Swiss schoolchildren are also exposed regularly to tobacco smoke, above all children from the lower social classes.

Geneva citizens said no to second-hand smoke in a big way on Sunday, 24 February. In a referendum attracting record participation, almost four out of every five voters supported the initiative to ban smoking in all indoor public places in the Swiss canton. The conclusive vote on 24 February paves the way for legislation banning smoking in all indoor public places, includ-



Bruno Meili, director of the Swiss Cancer League and Prof. Franco Cavalli, UICC president, during the World Cancer Day press conference in Geneva

ing restaurants, bars and nightclubs in Geneva. The ban will take effect on 1 July this year.

The Swiss federal parliament is considering a national smoke-free law, but the cantons aren't waiting for Bern to act. Geneva is the sixth Swiss canton to go smoke-free. First was Ticino, in Spring 2007. The others are Appenzell Ausserrhoden, Graubünden, Solothurn and Valais, with further cantonal votes expected later this year.

«Prevention is the most effective and cost-effective way to respond to the rapid rise we see in cancer cases and deaths worldwide,» said Dr Franco Cavalli. «This is the first principle of UICC's work in global cancer control and the reason behind 'Today's children, tomorrow's world' – UICC's five-year cancer prevention campaign focusing on children and their parents.»

Three years ago, UICC took up the challenge thrown down by the World Summit against Cancer in the New Millennium in 2000 and called on the world to observe 4 February as World Cancer Day. How would the world respond?

Three years later, the evidence is clear. More and more members and partners

paint faces, float balloons, fly kites, run painting or writing competitions, conduct effective media campaigns, and take the message of cancer prevention and cancer control to politicians, governments and the streets. Media impact grows and grows. WHO co-brands UICC publicity and give UICC a week on its home page. The International Agency for Research on Cancer acknowledges that World Cancer Day is now «universally recognized». And the International Atomic Energy Agency's PACT credits UICC, «one of PACT's closest partners».

World Cancer Day has arrived. For next year, UICC plans to make it even better.

Correspondence address:

Páraic Réamonn
International Union Against
Cancer (UICC)
62, route de Frontenex
CH-1207 Geneva
Tel. +41 22 809 18 90
Fax +41 22 809 18 10
reamonn@uicc.org

In a universe of challenging questions in cancer treatment, direction can be found

WHAT IS THE IMPACT ON THE FAMILY?

WHAT ARE THE TRADE-OFFS?

WHAT IS THE NEXT STEP?

CAN WE AFFORD TO WAIT?

WHAT DOES THE DATA SHOW?

WHAT IS THE IMPACT ON THE FAMILY?

CAN BE ALLEVIATED?

WHAT SYMPTOMS CAN BE ALLEVIATED?

WHAT DOES THE DATA SHOW?

CAN WE AFFORD TO WAIT?

WHAT ARE THE TRADE-OFFS?

WHAT IS THE NEXT STEP?

ALIMTA® jetzt
kassenzulässig
für MPM und
2nd-line NSCLC

Aspire. Advance. Achieve.

ALIMTA® (Pemetrexed) – Indikationen: Behandlung von Patienten mit **malignem Pleuramesotheliom (MPM)** in Kombination mit Cisplatin; Monotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem **nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC)** nach vorangegangener Chemotherapie. **Dosierung/Anwendung:** MPM: 500 mg/m² als intravenöse Infusion über 10 Minuten am ersten Tag jedes 21-tägigen Zyklus; empfohlene Cisplatin-Dosis: 75 mg/m² als intravenöse Infusion über 2 Stunden etwa 30 Minuten nach Abschluss der Pemetrexed-Infusion am ersten Tag jedes 21-tägigen Zyklus. NSCLC: 500 mg/m² als intravenöse Infusion über 10 Minuten am ersten Tag jedes 21-tägigen Zyklus. **Prä-/Comedikation:** zusätzliche Gabe von Folsäure sowie Vitamin-B12-Supplementierung zur besseren Verträglichkeit von Pemetrexed empfohlen. Zur Reduktion der Häufigkeit und Schwere von Hautreaktionen ist die Verabreichung eines Corticosteroids empfohlen (bitte dem Arzneimittel-Kompodium der Schweiz die entsprechende Dosierung dieser Prä-/Comedikation entnehmen). **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber Pemetrexed oder dem Hilfsstoff, mässige bis schwere Leberinsuffizienz, eingeschränkte Nierenfunktion mit einer Creatinin-Clearance < 45 ml/Min., Schwangerschaft und Stillzeit. **Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen:** Pemetrexed kann die Knochenmarkfunktion unterdrücken. **Interaktionen:** Acetylsalicylsäure: gleichzeitige Gabe in niedrigen Dosen (325 mg oral alle 6 Stunden) möglich. NSAID mit kurzer Halbwertszeit: gleichzeitige Gabe von Ibuprofen 400 mg viermal täglich bei normaler Nierenfunktion möglich; gleichzeitige Gabe von Ibuprofen bei leichter bis mittelschwerer Niereninsuffizienz mit Vorsicht zu verabreichen, jedoch wird empfohlen, dass Patienten mit leichter bis mittelschwerer Niereninsuffizienz die Einnahme von NSAID mit kurzer Halbwertszeit für mind. 2 Tage vor der Therapie, am Tag der Therapie und mind. 2 Tage nach der Therapie mit Pemetrexed vermeiden. NSAID mit längeren Halbwertszeiten: für mind. 5 Tage vor der Therapie, am Tag der Therapie und mind. 2 Tage nach der Therapie mit Pemetrexed zu vermeiden. Nephrotoxische Arzneimittel und Substanzen, die ebenfalls tubulär eliminiert werden: gleichzeitige Gabe mit Vorsicht zu verabreichen, jedoch wird empfohlen, die Anwendung dieser Arzneimittel mind. zwei Tage vor der Behandlung, am Tag der Behandlung und mind. zwei Tage nach der Behandlung mit Pemetrexed zu vermeiden. **Unerwünschte Wirkungen:** Neutropenie, Leukopenie, Anämie, Nausea, Erbrechen, Diarrhöe, Mukositis/Pharyngitis, Anorexie, Rash/Hautschuppung, Asthenie. **Packungen:** Lyophilisat in Durchstechflasche zu 500 mg (1)*. Liste A. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Arzneimittelkompodium der Schweiz (www.documed.ch).

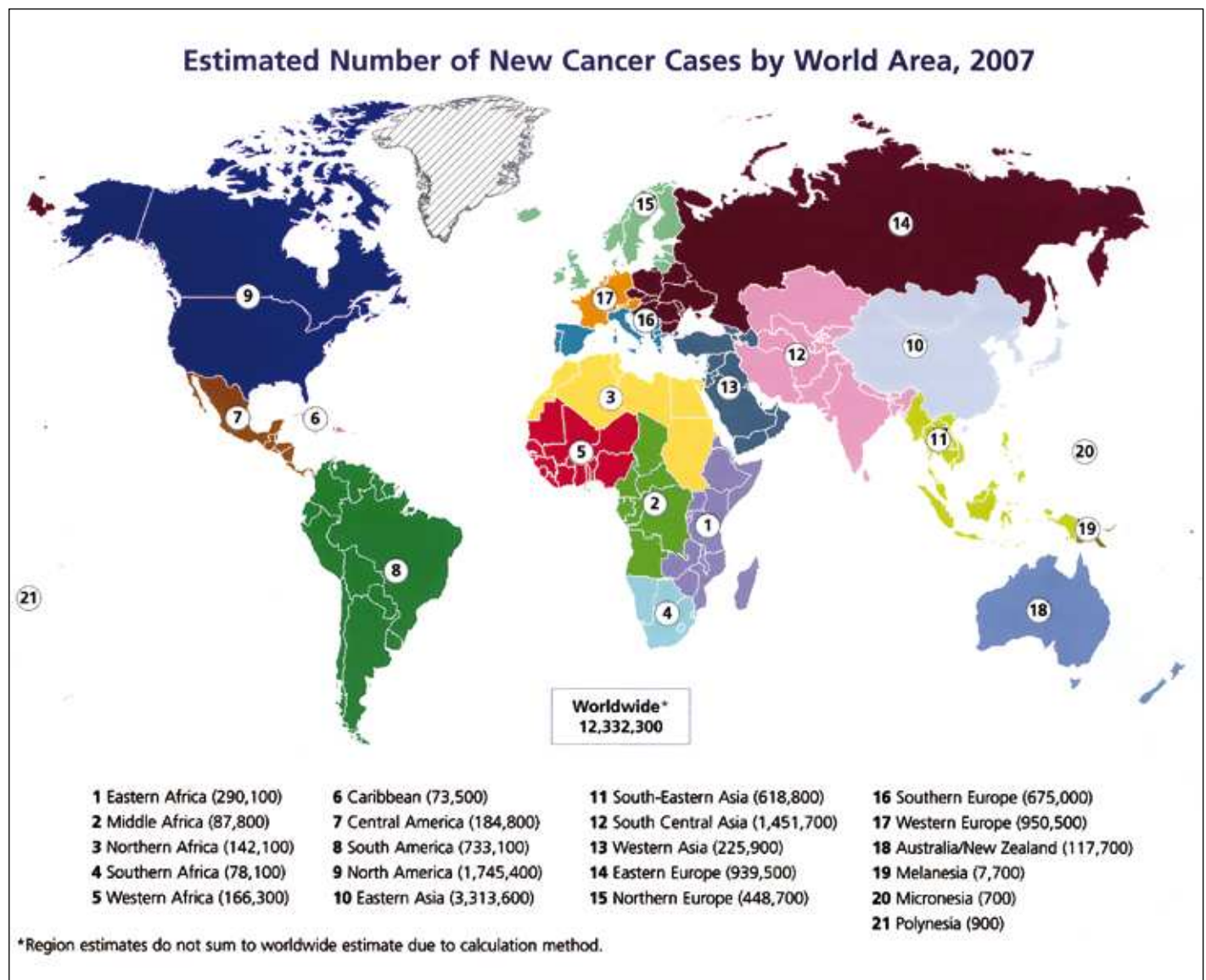
ALIMTA®
pemetrexed



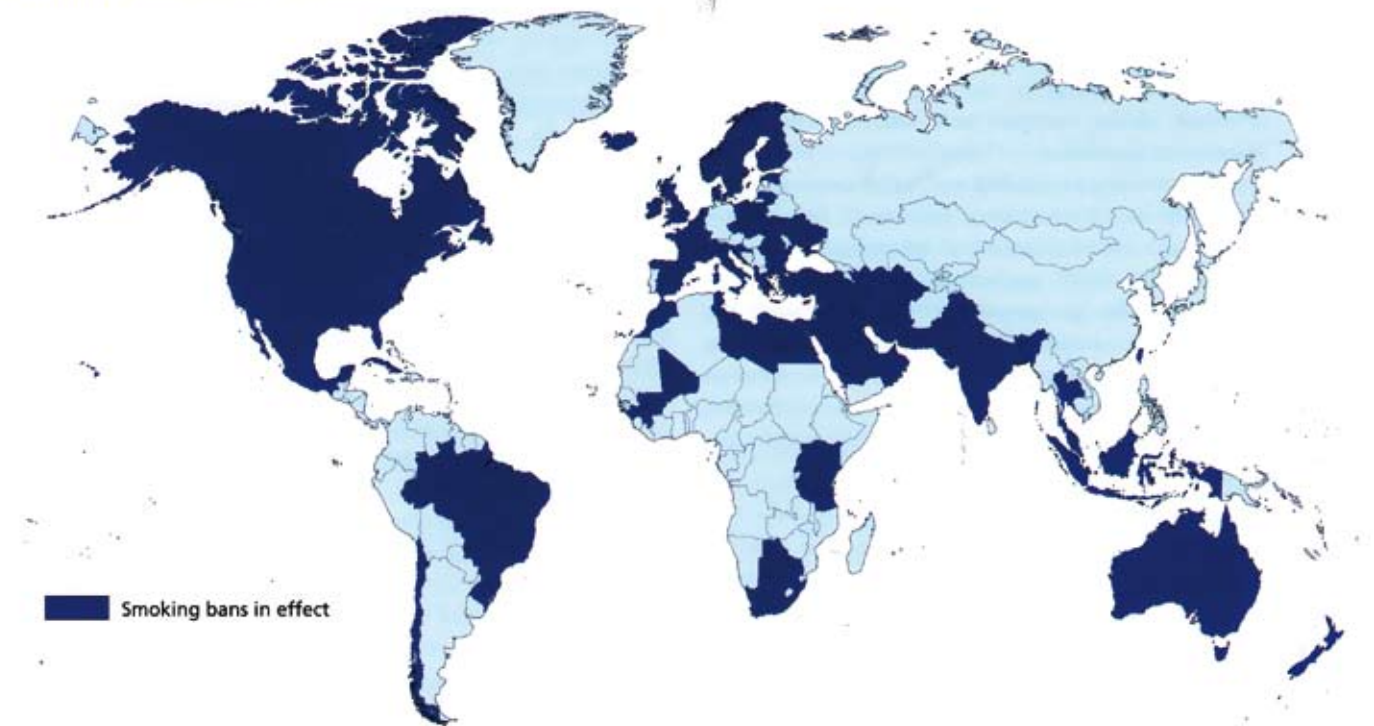
Global Cancer Facts & Figures 2007

Here we present some of the most important data about the global cancer problem.

The data are taken from: Garcia M, Jemal A, Ward EM, Center NM, Hao Y, Siegel RL, Thun MJ.
Global Cancer Facts & Figures 2007. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2007.

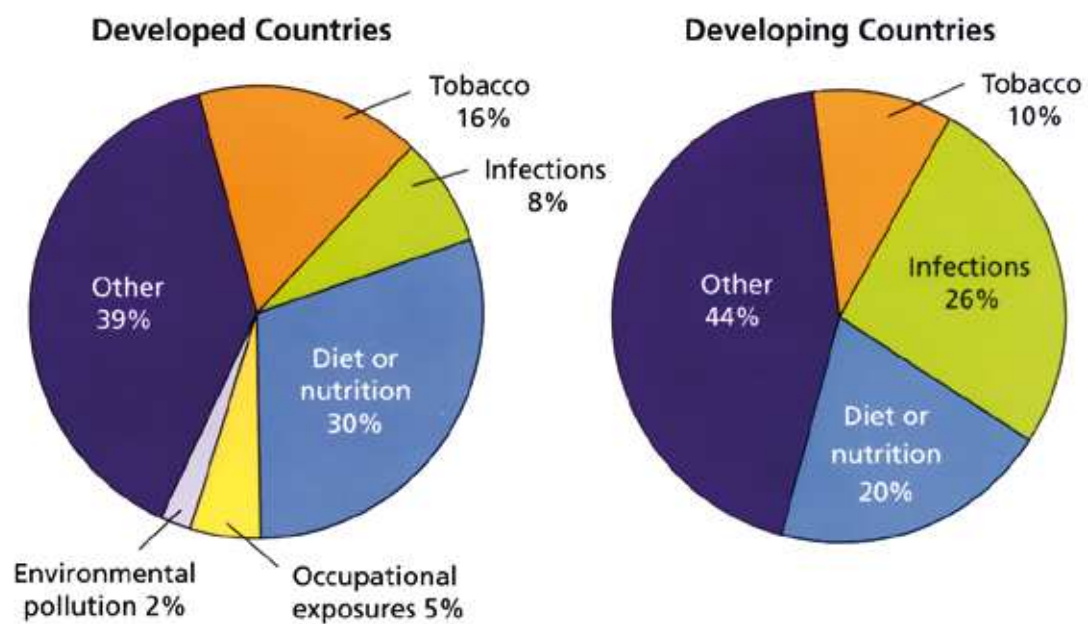


Smoking Bans Around the World



Source: Schmidt, CA. A change in the air. *Environmental Health Perspectives*. 2007;115:A413-A415.

Proportion of Cancer Causes by Major Risk Factors and Level of Economic Development



Source: Cancer Atlas, 2006.⁴

The Four Most Common Types of New Cancer Cases and Deaths by World Area, 2007

| Cancer Cases | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|
| First | | | Second | | Third | | Fourth | |
| Eastern Africa | Cervix uteri | 13.7% | Kaposi sarcoma | 13.6% | Liver | 8.2% | Esophagus | 6.7% |
| Middle Africa | Kaposi sarcoma | 17.9% | Liver | 15.8% | Cervix uteri | 10.4% | Stomach | 8.9% |
| Northern Africa | Breast | 13.8% | Bladder | 12.1% | Lung | 6.9% | Cervix uteri | 6.9% |
| Southern Africa | Cervix uteri | 11.8% | Breast | 10.1% | Prostate | 8.1% | Kaposi sarcoma | 6.3% |
| Western Africa | Breast | 15.2% | Cervix uteri | 14.9% | Liver | 10.6% | Prostate | 7.1% |
| Caribbean | Prostate | 14.0% | Lung | 10.1% | Breast | 9.6% | Cervix uteri | 9.4% |
| Central America | Cervix uteri | 11.1% | Breast | 9.3% | Prostate | 8.8% | Stomach | 8.3% |
| South America | Breast | 12.2% | Prostate | 10.2% | Stomach | 8.7% | Cervix uteri | 7.7% |
| North America | Prostate | 16.7% | Breast | 14.6% | Lung | 14.5% | Colon and rectum | 11.7% |
| Eastern Asia | Stomach | 18.9% | Lung | 17.1% | Liver | 14.1% | Esophagus | 9.6% |
| South-Eastern Asia | Lung | 13.3% | Breast | 11.1% | Liver | 9.2% | Colon and rectum | 8.7% |
| South Central Asia | Cervix uteri | 12.6% | Breast | 10.6% | Oral cavity | 9.5% | Lung | 6.2% |
| Western Asia | Breast | 12.9% | Lung | 12.8% | Colon and rectum | 7.3% | Stomach | 6.2% |
| Eastern Europe | Lung | 16.0% | Colon and rectum | 12.4% | Breast | 11.1% | Stomach | 10.0% |
| Northern Europe | Breast | 14.5% | Lung | 13.1% | Colon and rectum | 13.0% | Prostate | 11.2% |
| Southern Europe | Lung | 13.1% | Colon and rectum | 12.9% | Breast | 11.6% | Prostate | 7.8% |
| Western Europe | Breast | 14.1% | Colon and rectum | 14.4% | Prostate | 11.6% | Lung | 11.1% |
| Australia/New Zealand | Colon and rectum | 14.4% | Breast | 13.0% | Prostate | 13.2% | Melanoma of skin | 9.6% |
| Melanesia | Oral cavity | 15.8% | Cervix uteri | 13.4% | Liver | 8.4% | Breast | 7.4% |
| Micronesia | Lung | 18.4% | Breast | 18.6% | Colon and rectum | 8.5% | Prostate | 5.3% |
| Polynesia | Breast | 10.8% | Stomach | 10.4% | Cervix uteri | 9.2% | Colon and rectum | 7.7% |

| Cancer Deaths | | | | | | | | |
|-----------------------|----------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|
| First | | | Second | | Third | | Fourth | |
| Eastern Africa | Kaposi sarcoma | 15.8% | Cervix uteri | 13.9% | Liver | 10.2% | Esophagus | 8.3% |
| Middle Africa | Liver | 19.0% | Kaposi sarcoma | 18.8% | Stomach | 10.3% | Cervix uteri | 10.3% |
| Northern Africa | Bladder | 13.9% | Breast | 12.4% | Lung | 8.5% | Cervix uteri | 7.0% |
| Southern Africa | Cervix uteri | 10.0% | Lung | 9.5% | Esophagus | 8.7% | Kaposi sarcoma | 8.6% |
| Western Africa | Cervix uteri | 15.6% | Breast | 13.7% | Liver | 13.5% | Prostate | 7.5% |
| Caribbean | Lung | 15.0% | Prostate | 11.6% | Colon and rectum | 8.3% | Cervix uteri | 7.0% |
| Central America | Lung | 11.1% | Stomach | 10.6% | Cervix uteri | 8.9% | Prostate | 7.5% |
| North America | Lung | 28.4% | Colon and rectum | 10.5% | Breast | 7.6% | Prostate | 5.8% |
| South America | Lung | 12.0% | Stomach | 11.5% | Breast | 7.1% | Colon and rectum | 6.7% |
| Eastern Asia | Lung | 20.9% | Stomach | 19.2% | Liver | 18.6% | Esophagus | 10.8% |
| South-Eastern Asia | Lung | 17.8% | Liver | 14.2% | Colon and rectum | 7.9% | Breast | 7.3% |
| South Central Asia | Cervix uteri | 10.3% | Lung | 8.2% | Esophagus | 8.1% | Breast | 8.0% |
| Western Asia | Lung | 18.1% | Breast | 8.5% | Stomach | 8.0% | Colon and rectum | 6.9% |
| Eastern Europe | Lung | 20.7% | Stomach | 12.2% | Colon and rectum | 11.8% | Breast | 7.1% |
| Northern Europe | Lung | 21.1% | Colon and rectum | 11.4% | Breast | 8.1% | Prostate | 7.1% |
| Southern Europe | Lung | 20.4% | Colon and rectum | 11.5% | Stomach | 7.5% | Breast | 7.0% |
| Western Europe | Lung | 18.9% | Colon and rectum | 12.8% | Breast | 8.1% | Prostate | 6.4% |
| Australia/New Zealand | Lung | 19.6% | Colon and rectum | 13.6% | Breast | 7.5% | Prostate | 7.3% |
| Melanesia | Oral cavity | 13.6% | Liver | 12.2% | Cervix uteri | 11.1% | Breast | 5.2% |
| Micronesia | Lung | 25.2% | Breast | 12.8% | Colon and rectum | 8.4% | Liver | 5.3% |
| Polynesia | Stomach | 9.5% | Colon and rectum | 7.5% | Breast | 7.3% | Cervix uteri | 7.2% |

Source: GLOBOCAN 2002 and Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision. (February 5, 2007).

Neuigkeiten von der SAKK

Chantal Britt, SAKK Koordinationszentrum, Bern

Vom Vorstand

Der SAKK Vorstand hat an seiner Re-traite im April die strategischen Ziele der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK) bestätigt. Ihre Hauptaktivität ist die Durchführung klinischer Studien an Schweizer und ausländischen Spitälern in den Bereichen Brustkrebs, Leukämien, Lungenkrebs, Lymphome sowie gastrointestinale und urogenitale Tumoren. Der Vorstand macht die Vorgabe, mehr Phase III Studien in den häufigsten Indikationen zu entwickeln und ermutigt Prüfarzte, auch Fragestellungen zu Translational Research, Outcomes Research, Lebensqualität und Nachsorge zu untersuchen.

Der Vorstand hat es sich zum Ziel gesetzt, dass mindestens 2.5% aller Krebspatienten in der Schweiz im Rahmen einer SAKK Studie behandelt werden. Mit der im letzten Jahr erfolgten Restrukturierung, dem Ausbau des Koordinationszentrums und der SAKK Dienstleistungen hat der Vorstand die Weichen gestellt, diese Vorgabe zu erreichen.

In einem sich verändernden Umfeld ist es für die SAKK von grosser Bedeutung, sich klar zu positionieren und ihre Ansprüche geltend zu machen. In der Schweiz ist sie die erste Ansprechpartnerin für Fragen der multizentrischen klinischen Krebsforschung. Im Auftrag und mit Unterstützung des Bundes unterhält sie das führende Netzwerk und versteht sich als Dienstleistungs- und Kompetenzzentrale für die onkologische klinische Forschung in der Schweiz. Auf internationaler Ebene verstärkt die SAKK weiterhin ihre Zusammenarbeit mit kooperativen Gruppen und Zentren

und strebt vermehrt eine Führungsrolle an.



Der Vorstand hat an seiner Sitzung vom 20. Mai Prof. Beat Thürlimann, den Leiter des Senologie-Zentrums Ostschweiz und ehemaligen

Präsidenten der IBCSG, einstimmig zum SAKK Vize-Präsidenten gewählt. Wir gratulieren Prof. Thürlimann zu seiner Wahl.

An dieser Stelle danken wir dem abtretenden Vize-Präsidenten, Prof. Markus Zuber, für seinen grossen Einsatz für die SAKK. Prof. Zuber, Chefarzt am Kantonsspital Olten, hat nach Ablauf seiner zweiten Amtszeit seine Aufgaben an Prof. Thürlimann übergeben.

Neue SAKK Studien

Die SAKK hat die Studie **SAKK 30/07 5-Azacytidine to treat acute myeloid leukemia in elderly or frail patients not suitable for intensive chemotherapy** eingereicht und wird sie nach Erhalt der benötigten Bewilligungen aktivieren. Prof. Jakob Passweg vom Hôpital Universitaire de Genève und Dr. Sabine Blum vom CHUV in Lausanne untersuchen, ob eine Behandlung mit 5-azacytidine den Verlauf einer akuten myeloischen Leukämie (AML) bei älteren oder gebrechlichen Patienten, für die eine intensive Chemotherapie nicht geeignet ist, begünstigt. AML tritt vor allem bei älteren Menschen auf, wobei die Prognose bei diesen Patienten oft we-

gen altersbedingter Krankheiten ungünstig ist. Um AML zu heilen, müsste eine Chemotherapie durchgeführt werden, die ältere gebrechliche Patienten meist nur schlecht vertragen. Es ist deshalb dringend notwendig, die unterstützende Pflege durch neue Behandlungsoptionen zu ergänzen, um die Lebensqualität dieser Menschen zu verbessern.

Die Studie **SAKK 08/07 Docetaxel and cetuximab in patients with docetaxel-resistant hormone-refractory prostate cancer (HRPC)** wurde bei den zuständigen Stellen eingereicht. Die Ethikkommission des Kantons Graubünden hat das Studienprotokoll und die Patienteninformation bereits ohne Änderungen bewilligt. Dr. Richard Cathomas und Dr. Roger von Moos vom Kantonsspital Chur und PD Dr. Silke Gillessen vom Kantonsspital St.Gallen untersuchen die Wirkung und Verträglichkeit einer Kombination von docetaxel und cetuximab bei Patienten mit Prostatakrebs, der weder auf docetaxel noch Hormonentzugstherapie anspricht. Prostatakrebs wird chirurgisch, durch Bestrahlung und bei Metastasen mit Entzugstherapie behandelt. Nach ein bis zwei Jahren spricht der Krebs jedoch häufig nicht mehr auf die Hormonentzugsbehandlung an, und der Krebs beginnt weiter zu wachsen. Es ist deshalb wichtig, für diese Patienten weitere Behandlungsoptionen zu erforschen.

Der Vorstand bewilligte die Studie **SAKK 35/08 Rituximab + R maintenance versus R-CHOP-21 + R maintenance for untreated follicular lymphoma**. PD Dr. Claudine Helg vom Hôpital Universitaire de Genève, PD Dr. Emanuele Zucca vom Servizio Oncologico IOSI in Bellinzona,

Dr. Felicitas Hitz vom Kantonsspital St.Gallen und PD Dr. Eva Kimby von der Karolinska Universität in Stockholm untersuchen, ob rituximab allein nicht weniger wirksam ist als rituximab mit R-CHOP-21 beim unbehandelten follikulären Lymphom. Es ist eine organisatorisch anspruchsvolle Studie mit Patientenrekrutierung im In- und Ausland.

Ausserdem bewilligte der SAKK Vorstand die Studie **SAKK 41/07** *Neoadjuvant treatment with radiotherapy and capecitabine with or without panitumumab in patients with locally advanced, K-ras unmutated rectal cancer*. Dr. Daniel Helbling vom Onkzentrum der Hirslanden Gruppe in Zürich untersucht das Ansprechen des Rektumkarzinoms auf eine präoperative Behandlung mit capecitabine und Radiotherapie mit oder ohne panitumumab in Patienten, die ein unmutiertes K-ras Gen aufweisen.

SAKK Veranstaltungen

Statistik-Symposium

Die SAKK und die Biostatistische Abteilung der Universität Zürich ver-

anstalten am 3. November 2008 von 14:00 bis 18:00 Uhr im Vorlesungssaal am Hirschengraben 84 in Zürich ein Statistik-Symposium zum Thema Individualisierung und Standardisierung. Die Teilnahme ist kostenlos und entspricht drei Fortbildungspunkten der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie.

Die erfolgreiche Beziehung zwischen Patienten und behandelnden Ärzten bedarf eines hohen Grades an Individualisierung, währenddem die statistische Analyse klinischer Studien generell unter der Annahme mehr oder weniger homogener Patientengruppen durchgeführt wird. Das diesjährige Symposium setzt sich mit diesem offensichtlichen Konflikt mit Beiträgen von Ärzten und Statistikern auseinander. Das Ziel der Veranstaltung ist es, die Kommunikation zwischen den Fachgebieten Medizin und Statistik zu verbessern und die Durchführung von klinischer Forschung zu vereinfachen.

ECPM-Workshop zu klinischen Endpunkten

SAKK Direktor Dr. Peter Brauchli wurde eingeladen, am 3. Juli 2008 an einem Workshop des European Center of Pharmaceutical Medicine

in Basel einen Vortrag über klinische Endpunkte und Resultate in der Krebsforschung zu halten. Die Veranstaltung der Universität Basel findet im Rahmen einer Workshop-Reihe zum Thema Grenzen in der Medikamentenentwicklung statt.

Termine

SAKK

Halbjahresversammlungen:

20./21. November 2008
Congress Center Basel

18. Juni 2009
Tagungszentrum Blumenberg
Bern

26./27. November 2009
Congress Center Basel

Korrespondenzadresse:

Chantal Britt
Partner Relations
SAKK Koordinationszentrum
Effingerstrasse 40
3008 Bern
chantal.britt@sakk.ch
www.sakk.ch

Folgende Firmen unterstützen den SAKK Industriepool:

Amgen Schweiz AG
AstraZeneca AG
Baxter AG
Bayer Schering Pharma
Bristol-Myers Squibb GmbH
Celgene Switzerland SA
Eli Lilly (Suisse) SA

Essex Chemie AG
GlaxoSmithKline AG
Janssen-Cilag AG
Lipomed AG
Mepha Pharma AG
Merck Serono
Mundipharma Medical Company

Novartis Pharma Schweiz AG
Nycomed AG
Pfizer AG
Robapharm AG
Roche Pharma (Schweiz) AG
Sanofi-Aventis (Schweiz) AG
Wyeth Pharmaceuticals AG

The SAKK/SENDO project

Cristiana Sessa, Oncology Institute of Southern Switzerland, Bellinzona

The SAKK/SENDO project was implemented in 2005 with the main aim of coordinating a part of the phase I studies performed within the New Drugs Project Group of the SAKK in a limited number of Swiss SAKK/SENDO centers. In the long term SAKK/SENDO, which works closely with SAKK, should be able to bring new molecules to Switzerland and guarantee a smooth continuous flow of new anticancer agents from Phase I to Phase II and Phase III run directly by the SAKK.

The SAKK SENDO coordinating center (CC) is located in Bellinzona at IOSI, liaises SENDO headquarters in Milano to the SAKK CC in Bern and interacts closely with the 5 Swiss centers actively involved in the SAKK/SENDO activities (CPO Lausanne, KSSG St. Gallen, USB Basel, IOSI Bellinzona, KSGR Chur). So far, 5 phase I studies have been activated, with a total accrual of 83 patients up to April 2008.

The SAKK/SENDO project is supported by a 2 year grant of Oncosuisse within the International Clinical Cancer Research Group started in January 2006. A request for renovation

Tab 1 SAKK-SENDO Ongoing Phase I studies in solid tumors

| | <i>Centers</i> | <i>Start</i> | <i>End</i> | <i>Pts</i> | <i>Next step</i> |
|---|----------------|--------------|------------|------------|--------------------------|
| <i>Satraplatin and Capecitabine</i> | 4 | 5/06 | 12/07 | 36 | Breast cancer |
| <i>APO 010 (recombinant FAS ligand)</i> | 2 | 2/07 | ongoing | 24 | Amendment in preparation |
| <i>ST 1968 (Camptothecin analogue)</i> | 2 | 6/07 | ongoing | 19 | MTD |

Table 1 reports the number of patients accrued in each phase I, the status of the study if ongoing and, if completed, the outcome of the regimen by April 2008.

Tab 2 SAKK-SENDO New Phase I studies

| | <i>Centers</i> | <i>Start</i> | <i>Pts</i> | <i>Pts planned</i> |
|--|----------------|--------------|------------|--------------------|
| <i>Satraplatin and oral Navelbine</i> | 2 | 2/08 | 4 | 25 |
| <i>Oral LBH 589 + Carboplatin + Paclitaxel</i> | 3 | 5/08 | 0 | 15 |

Table 2 reports the studies to be activated within 2008.

will be presented; to be competitive SAKK/SENDO should be able to offer always new studies, keep a constant adequate accrual of patients, a good quality of data and a quick process of implementation of clinical studies.

If you need more detailed information please contact:

Ms. Tatiana Terrot - IOSI Bellinzona
tatiana.terrot@eoc.ch

Phone +41 (0)91 811 91 83

Fax +41 (0)91 811 90 44

Schweiz wie Kongo, schlechter als Kenia

Für den World Cancer Congress (Genf, 27.-31. August 2008) sind etwa 1800 Abstracts eingereicht worden. Dabei waren sage und schreibe nur 13 aus der Schweiz: Genauso viele wie aus der Demokratischen Republik Kongo, aus Armenien oder Kamerun, aber weniger als diejenigen aus Kenia, Malaysia oder Tansania... Sobald ein Kongress nicht ganz deutlich von der Industrie gesponsort wird (wie z.B. ASCO) oder sobald es um allgemeinere Themen geht als der einfache Nachweis des letzten Onkogens, scheint das Interesse in unserem Lande zu erlahmen. Schade!

Die Redaktion



pegylated liposomal doxorubicin HCl

Designed for Power
Refined for Safety



Choose
Quality of Survival
for your Patient

Indicated for Metastatic Breast Cancer and Recurrent Ovarian Cancer

Content: doxorubicin hydrochloride in a pegylated liposomal formulation. **Indications:** metastatic breast cancer if monotherapy with anthracyclines is suitable. Advanced ovarian cancer in women who have failed a paclitaxel and/or platinum based chemotherapy. AIDS-related Kaposi's sarcoma. **Administration:** diluted in 5% glucose solution. Breast/Ovarian Cancer: intravenously, 50mg/m² over 60 minutes once every 4 weeks. AIDS-related Kaposi's sarcoma patients: intravenously, 20mg/m² over 30 minutes every 2-3 weeks. **Precautions:** cardiac risk: patients should routinely undergo clinical cardiac examination; Myelosuppression: because of the potential, periodic blood counts must be performed frequently during the course and at a minimum, prior to each dose of Caelyx; Diabetic patients: it should be noted that each vial of Caelyx contains sucrose and is administered in Dextrose 5% in water for intravenous infusion; Infusion-associated reactions: temporarily stopping the infusion usually resolves these symptoms without therapy, however medications (e.g. antihistamines, corticosteroids, and adrenaline) as well as emergency equipment should be available for immediate use. In patients with liver metastases and concomitant elevation of bilirubin and liver enzymes laboratory tests as normally used to determine liver function should be performed. **Pregnancy:** Contraindicated. **Contraindications:** hypersensitivity reactions to its components or to doxorubicin HCL. Not to administer while breast-feeding. Intolerance against any other anthracyclin derivatives, congestive heart failure, floride infections, bone marrow depression. Patients that were already treated with the maximum cumulative dose of other anthracyclines, pregnancy, lactation. **Adverse effects:** palmar-plantar erythrodysesthesia, stomatitis, anaemia, leukopaenia, neutropaenia, thrombocytopaenia, nausea, asthenia, erythema, vomiting, alopecia (Grade III/IV: 0-1%), constipation, anorexia, mucositis, diarrhea, abdominal pain, fever, paresthesia, pain, skin discoloration, pharyngitis, dry skin, dyspepsia, headache, allergic reaction, anaphylactic reaction, convulsions. **Date of Information:** February 2005. **List A.** For further information, see www.documed.ch (Kompendum News). **Distribution:** ESSEX Chemie AG, 6006 Luzern.

Literatur: • Gordon A.N. et al.: Long-term survival advantage for women treated with Caelyx compared with topotecan in a phase 3 randomized study of refractory epithelial ovarian cancer. *Gynecologic Oncology* 95(1): 1-8, 2004. • O'Brien M.E.R. et al.: Reduced cardiotoxicity and comparable efficacy in a phase III trial of pegylated liposomal doxorubicin HCl (CaelyxTM/Doxil[®]) vs. conventional doxorubicin for 1st-line treatment of metastatic breast cancer. *Annals of Oncology* 15(3): 440-449, 2004

Skin melanoma

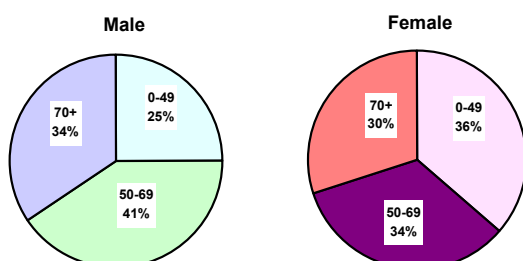
NICER and Swiss Cancer Registries

Raw data - Period 2002-2005

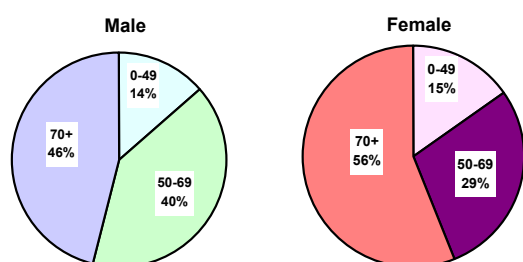
| Gender | Yearly averages | | 5-year | Years of |
|--------|------------------|---------------|-------------------|------------------|
| | New cases (1) | Deaths (2) | Prevalence (3) | life lost (4) |
| Male | 855 | 142 | 2578 | 1516 |
| Female | 869 | 113 | 3869 | 1096 |
| Total | 1724 | 255 | 6447 | 2613 |

- (1) Swiss estimates on basis of nine registries
- (2) Computed from data of Statistical Federal Office
- (3) Estimated from Globocan 2002, IARC - Lyon
- (4) Years lost each year before age 75

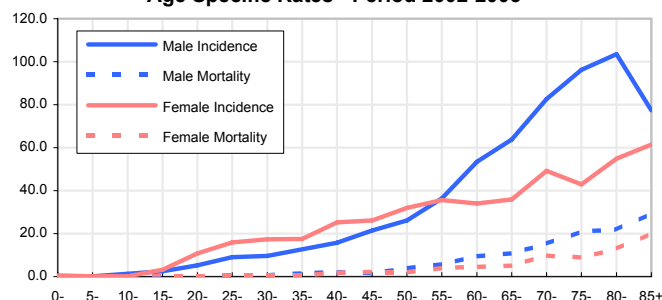
New cases by age group



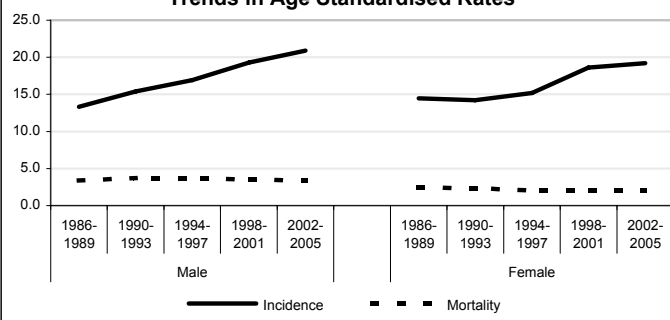
Deaths by age group



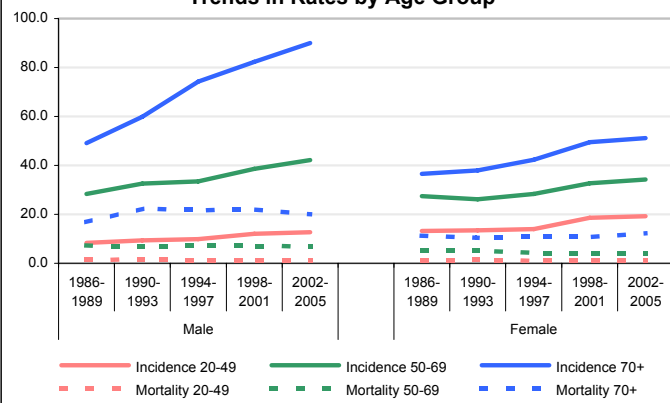
Age Specific Rates - Period 2002-2005



Trends in Age Standardised Rates



Trends in Rates by Age Group



Skin melanoma

Melanoma is a malignant tumour of melanocytes, which are the cells that make the pigment melanin. Most melanomas (95%) arise in the skin, predominantly in adults.

On the basis of nine Swiss Cancer Registries data covering about 60% of the population, it is estimated that more than 1'700 skin melanoma were diagnosed each year between 2002 and 2005 in Switzerland. It accounts for about 5% of all *new cancers* and for about 1.7% of cancer deaths. European standardized incidence and mortality rates are currently 20.9 and 3.4/100'000 for males and 19.2 and 2.1/100'000 for females

Incidence of skin melanoma appears to be increasing for both genders, more in French and Italian speaking than in German speaking Switzerland. Superficial Spreading Melanoma (SSM) is the subtype having the most important increase, especially among elderly (>70).

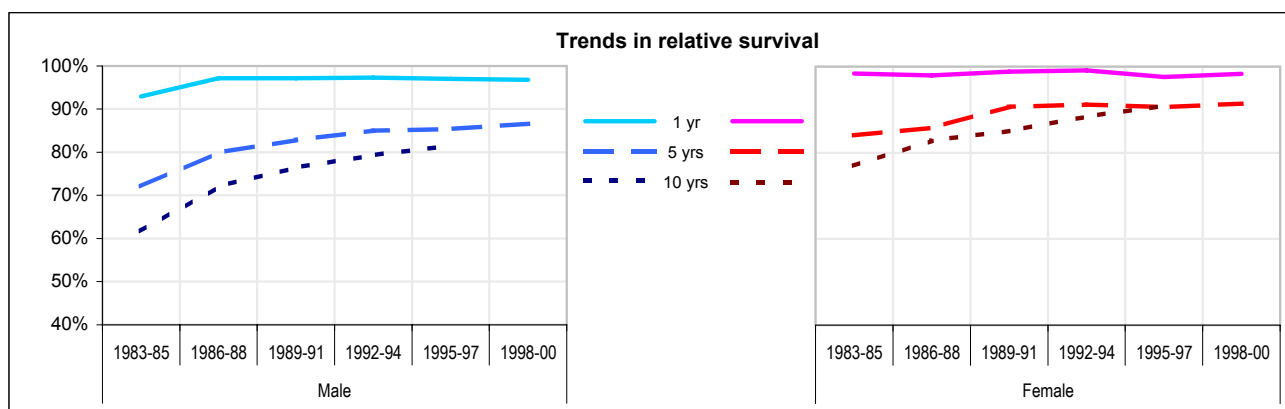
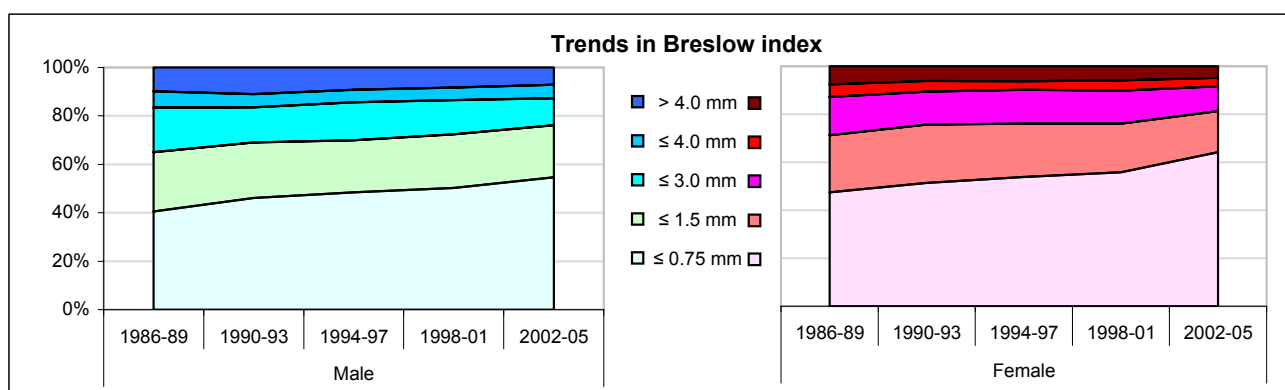
Prognosis is affected by clinical and histological factors and by anatomic location of the lesion. Thickness and/or level of invasion of the melanoma, mitotic index, presence of tumour infiltrating lymphocytes, number of regional lymph nodes involved, and ulceration or bleeding at the primary site affect the prognosis. Microscopic satellites in stage I melanoma may be a poor prognostic histologic factor, but this is controversial. Patients who are younger, female, and who have melanomas on the extremities generally have a better prognosis. Any organ may be involved by metastases, but lungs and liver are common sites. The risk of relapse decreases substantially over time, though late relapses are not uncommon.

Survival clearly improved during the last twenty years, related to the proportional increase of early diagnosis. (Cf trends in Breslow index).

Melanomas that have not spread beyond the site at which they developed (Breslow thickness ≤ 1 mm) are highly curable with surgical excision. Melanomas with a Breslow thickness of 2 mm or more are still curable with a surgical excision in a significant proportion of patients, but the risk of lymph node and/or systemic metastasis increases with increasing thickness of the primary lesion. These patients should also be considered for sentinel lymph node biopsy followed by complete lymph node dissection if the sentinel node(s) are microscopically or macroscopically positive.

Patients with melanomas that have a Breslow thickness more than 4 mm should be considered for adjuvant therapy with high-dose interferon. Melanoma that has spread to distant sites is rarely curable with standard therapy, though high-dose interleukin-2 (IL-2) has been reported to produce durable responses in a small number of patients. In patients with systemic metastasis confined to one anatomic site, long-term survival is occasionally achieved by complete resection of all metastatic disease.

Malignant melanoma has been reported to spontaneously regress; however, the incidence of spontaneous complete regressions is less than 1%.



Risk factors and prevention. Most evidence about ultraviolet (UV) radiation exposure and the prevention of skin cancer comes from observational and analytic epidemiologic studies. Such studies have consistently shown that increased cumulative sun exposure is a risk factor for nonmelanoma skin cancer : individuals whose skin tans poorly or burns easily after sun exposure are particularly susceptible. The relationship between UV radiation exposure and cutaneous melanoma is less clear. Rather than cumulative sun exposure, it is intermittent acute sun exposure leading to sunburn that seems to be more damaging; such exposures in childhood or adolescence may be particularly important.

It is not known, however, if reduction of exposure to UV radiation through the use of sunscreens and/or protective clothing or through limitation of exposure time can reduce the incidence of nonmelanoma skin cancer in humans. Nonmodifiable host factors, such as propensity to burn, lack of tanning ability, a large number of benign melanocytic nevi and atypical nevi may also increase the risk of developing cutaneous melanoma.

Several groups have conducted studies to learn more about possible intervention strategies for reduction of exposure to UV radiation. The best approach seems to be education about the risks associated with sun exposure and sunburn and education about sun protection strategies. Self-examination for skin pigmentary characteristics associated with melanoma (e.g., freckling status) may be a useful way to identify individuals at increased risk of developing melanoma.

The efficacy of chemopreventive agents (isotretinoin, beta carotene) has been assessed in individuals at increased risk of developing nonmelanoma skin cancer. High-dose isotretinoin was found to prevent new skin cancers in individuals with xeroderma pigmentosum. A randomized clinical trial of long-term treatment with isotretinoin in individuals previously treated for basal cell carcinoma, however, showed that such treatment did not prevent the occurrence of new basal cell carcinomas but did produce side effects characteristic of isotretinoin treatment.

Edited by:

Jean-Michel Lutz & Pierre Pury, NICER

Onkologiestation Ospedale S. Giovanni, Bellinzona

Dr. Pierluigi Brazzola, FMH Kinder- und Jugendmedizin
Spez. pädiatrische Hämato-Onkologie

Prof. Mario G. Bianchetti, Chefarzt Pädiatrie

Die Betreuung der onkologischen Patienten im Tessin hat seit Januar 2008 eine neue Wende genommen. Weil die Station eben sehr «jung» ist, werden wir sie «prospektiv» und nicht «retrospektiv» vorstellen.

Mit der neuen kantonalen Spitalplanung sind alle pädiatrischen Spezialitäten einschliesslich der Onkologie in Bellinzona zentralisiert worden. In Bellinzona sind zwei Kinderonkologen tätig, Dr. Pierluigi Brazzola, Stationsleiter und Dr. Mario Ettore Rossi, aus dem Team von Prof. G. Masera in Monza, mit einem Teilzeitpensum. Die ersten Patienten sind schon behandelt worden, und die Strukturen haben ihre Funktionalität bewiesen. Die Station ist im Herzen der pädiatrischen Abteilung integriert und profitiert von den Infrastrukturen einer grossen medizinischen Klinik. Auf der Pädiatriestation sind drei Zimmer nach den heutigen Richtlinien vorbereitet worden (positiver Druck, Zwischenkammer, private Nasszelle, usw.). Dazu stehen alle diagnostischen radiologischen Apparaturen im Spital Bellinzona zur Verfügung: ein CT-Scan, eine Magnetresonanz, die Nuklearmedizin und sogar die PET-CT. Dank diesen optimalen Rahmenbedingungen muss sich der Patient nur innerhalb von zwei Stockwerken bewegen, um die ganze Diagnostik zur Verfügung zu haben. Entsprechend der neuen Richtlinien und mit der enormen Erfahrung des Istituto Oncologico della Svizzera Italiana wird die Chemotherapie durch die Zentralapotheke für die Abteilung zubereitet. Diese Verfahren sind seit Jahren qualitätsgesichert und wurden für die pädiatrischen Spezifitäten adaptiert.

Was die Therapie anbelangt, wird Bellinzona weiterhin mit dem Kinderspital Zürich zusammenarbeiten. Im ZH

Zentrum werden nach wie vor die initiale Diagnostik bei soliden Tumoren, sowie die Tumorchirurgie gewährleistet. Die Verbindung mit dem Zentrum wird natürlich auch für besondere Fälle (z.B. Tumorlysis-Syndrom) gebraucht, weil im Tessin keine pädiatrische Intensiv- und Dialysestation zur Verfügung steht. Wie bisher werden die gleichen Protokolle wie in Zürich angewendet, so dass eine «unité de doctrine» gewährleistet ist.

Als zusätzlicher Vorteil der Zentralisierung kann eine allenfalls notwendige Radiotherapie direkt im Ospedale S. Giovanni appliziert werden. Das ist ein Vorteil für die Patienten, welche vom gleichen Pflege- und Anästhesieteam betreut werden, und erleichtert auch die Logistik im Fall einer gleichzeitig notwendigen Chemotherapie.

Die lokale Ethikkommission hat sich sehr unterstützend und motiviert gezeigt. Es ist geplant, dass alle innerhalb der SPOG angewendeten Protokolle auch in Bellinzona geprüft und registriert werden, so dass alle Patienten weiterhin als Studienpatienten betreut werden können.

Wie bereits oben gesagt sind die pädiatrischen Subspezialitäten in Bellinzona zentralisiert, was die unabdingbare interdisziplinäre Zusammenarbeit vereinfacht. Im Ospedale S. Giovanni sind im Moment die folgenden pädiatrischen Spezialisten tätig: Prof. M. Bianchetti (Chefarzt), Nephrologe; Dr. G. P. Ramelli, Neurologe; Dr. P. Balice, Endokrinologe; Frau Dr. M. Zanolari-Calderari, Konsiliarärztin Pneumologie, ein kinderchirurgisches Team rund um die Uhr sowie drei Anästhesisten mit ausgewiesener pädiatrischer Erfahrung. Was noch zu vermerken ist: ein eingespieltes Team für

neurochirurgische Notfälle, welches die Kinder optimal betreuen kann, bevor sie weiter verlegt werden können.

Im Pflorgeteam sind noch die Aktivitäten einer Pädopsychiaterin (Frau. Dr. A. Staub), einer Sozialarbeiterin und einer Kindergärtnerin zu erwähnen. Geplant ist die Anstellung einer zweiten «Schulperson», wenn möglich eine diplomierte Lehrerin.

Die Station Bellinzona wird nicht nur eine Onkologiestation sein, sondern auch eine Hämatologiestation. Dr. Brazzola hat sich als Kinderhämatologe bereits mit der Problematik der Hämophilie befasst. Wie in den letzten zwei Jahren wird er zusammen mit Dr. Kobelt aus Bern einen Stechkurs im Tessin organisieren und hilft aktiv, die «italienische» Sprache innerhalb der Schweizerischen Hämophilie-Gesellschaft (SHG) zu verbreiten. Die zum Glück wenigen Hämophilen im Tessin können damit von einem lokalen Spezialisten profitieren, und die Pädiatriestationen haben einen direkten Ansprechpartner bei Notfällen. Auf der anderen Seite können auch administrative Belange, wie z.B. das Hämophilie-register, besser betreut werden.

Die Hämatologiesprechstunde umfasst ein weitgefasstes Patientengut von der «hartnäckigen» Eisenmangelanämie über die Thalassämie, der Hämostase-Problematik bis zu den hämatologischen Problemen während der Schwangerschaft und Neonatalzeit.

Wie anfangs erwähnt, können im Moment noch keine Zahlen oder Tabellen vorgestellt werden. Das Team in Bellinzona ist sehr engagiert und hofft, zu einer optimalen und qualitativ hochwertigen Behandlung onkologischer Kinder und Jugendlicher beizutragen und freut sich sehr auf die Mitarbeit innerhalb der SPOG.

Korrespondenzadresse:

Dr. Pierluigi Brazzola
Reparto di pediatria
Ospedale S. Giovanni
6500 Bellinzona
Tel. 091 811 89 76/77
Fax 091 811 87 87
pierluigi.brazzola@eoc.ch

HIGH
BINDING
AFFINITY



Auf den Punkt gebracht: **Eprex[®]** stimuliert die Bildung neuer Erythrozyten. Für eine gezielte und gut kontrollierbare Anämietherapie*.
Neu: auch 30'000 U Fertigspritzen


ORTHO BIOTECH
a division of
 **JANSSEN-CILAG AG**
Sihlbruggstrasse 111, 6341 Baar

 **EPREX[®]**
epoetin alfa

EPREX[®] (Epoetin alfa, rekombinantes humanes Erythropoietin) I: Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz (Prädialyse und Dialyse); Anämiebehandlung und Reduktion des Transfusionsbedarfes bei erwachsenen Tumorkranken mit einem Hb-Wert von <10,5 g/dl bei welchen eine Chemotherapie über eine Mindestdauer von 2 Monaten vorgesehen ist; Präoperativ zur Vermeidung von Fremdbluttransfusionen; Präoperativ mit Eigenblutspende. D: Vor der Behandlung ist eine andere Ursache der Anämie auszuschliessen. Eisen soll adäquat substituiert werden. Chronische Niereninsuffizienz: initial 3 x pro Woche 50 U/kg KGW. Bei Pat. mit i.v. Zugang: i.v. Verabreichung. Bei Pat. ohne i.v. Zugang: s.c. Verabreichung und Aufnahme in dazu bestimmtes Register. Die Weiterbehandlung richtet sich nach dem Hb-Anstieg des Patienten. Maximaldosis 3 x pro Woche 200 U/kg KGW. Tumoranämie: initial: 150 U/kg KGW, 3 x pro Woche s.c. oder 450 U/kg KGW 1 x pro Woche s.c.; die Weiterbehandlung richtet sich nach dem Hb-Anstieg bzw. dem Ansprechen des Patienten. Präoperativ in der Chirurgie: 600 U/kg KGW 1 x pro Woche s.c. während 4 Wochen.

Eigenblutspende: 2 x pro Woche 150 - 300 U/kg KGW i.v. über 3 Wochen, insgesamt 6 Applikationen. KI: Erythroblastopenie, Überempfindlichkeit gegenüber Epoetin, schwer kontrollierbare Hypertonie, Vorgeschichte thrombo-embolischer Ereignisse, maligne myeloische Erkrankungen. Präoperativ in der Chirurgie: Kardio- und cerebrovaskuläre Erkrankungen. VM: Dekompensierte Hypertonie, ischämische Gefässerkrankungen, Krampfanfälle, Schwangerschaft und Stillzeit. Der Hb-Wert soll regelmässig kontrolliert werden. In seltenen Fällen trat bei Patienten mit einer chronischen Niereninsuffizienz unter Epoetin-Therapie eine Erythroblastopenie auf. UW: Hypertonie, Thromboserisiko. P: Spritzen à 6 Stück: 1000 U, 2000 U, 3000 U, 4000 U, 5000 U, 6000 U, 8000 U, 10'000 U. Spritzen à 1 Stück: 20'000 U, 30'000 U, 40'000 U. Spritzen à 4 Stück: 30'000 U, 40'000 U. Ampulle à 1 Stück: 40'000 U. Liste A. Für die vollständige Fachinformation siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.

* Fachinformation EPREX[®]: Eigenschaften/Wirkung; Dosierung/Anwendung

EPR/261107/D

Langzeitüberlebende von Krebs im Kindesalter: Heilung und Betreuung - das Erice Abkommen

Riccardo Haupt^a, John J. Spinetta^b, Irina Ban^c, Ronald D. Barr^d, Joern D. Beck^e, Julianne Byrne^f, Gabriela Calaminus^g, Eva Coenen^c, Mark Chesler^c, Giulio J. D'Angio^h, Christine Eiserⁱ, Andreas Feldges^j, Faith Gibson^k, Herwig Lackner^l, Giuseppe Masera^m, Luisa Massimoⁿ, Edina Magyarosy^o, Jacque Otten^p, Gregory Reaman^q, Maria Grazia Valsecchi^r, Anjo J.P. Veerman^s, Anthony Penn^t, Anne Thorvildsen^u, Cor von den Bos^v, Momcilo Jankovic^m, the International Berlin-Frankfurt-Münster StudyGroup Early and Late Toxicity Educational Committee (I-BFM-SG ELTEC)

a Epidemiology and Biostatistics Section, Gaslini Children Hospital, Genova, Italy

b Department of Psychology, San Diego State University, San Diego, CA, USA

c International Confederation of Childhood Cancer Parent Organization (ICCCPO), c/o VOKK, Nieuwegein, The Netherlands

d McMaster University Health Science Centre, Hamilton, ON, Canada

e Late Effects Surveillance System, University Hospital for Children and Adolescents, Erlangen, Germany

f Boyne Research Institute, Drogheda, Ireland

g Department of Paediatric Haematology and Oncology Children's Hospital, Heinrich Heine University Medical Centre, University of Düsseldorf, Düsseldorf, Germany

h Department of Radiation Oncology, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA

i Department of Psychology, The University of Sheffield, Sheffield, UK

j Ostschweizerisches Kinderspital, St. Gallen, Switzerland

k UCL Institute of Child Health and Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust, London, UK

l Department of Paediatrics and Adolescent Medicine, Division of Paediatric Haematology/Oncology, Medical University of Graz, Graz Austria

m Department of Paediatrics, University of Milano-Bicocca, Hospital San Gerardo, Via Pergolesi 33, 20052 Monza, Italy

n Department of Haematology and Oncology, Gaslini Children Hospital, Genova, Italy

o Heim Pal Children Hospital, Budapest, Hungary

p Department of Paediatrics, Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit, Brussels, Belgium

q The George Washington University, School of Medicine and Health Sciences, Washington, DC, USA

r Department of Clinical Medicine, Prevention of Biotechnologies, University of Milano-Bicocca, Monza, Italy

s Vrije Universiteit Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands

t Frenchay Hospital, Bristol, UK

u Department of Paediatrics, Rikshospitalet-radiumhospitalet Medical Clinic, Oslo, Norway

v Department of Paediatric Oncology, Emma Children's Hospital / Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

Zusammenfassung

In den letzten Jahren ist die Anzahl von Individuen, die erfolgreich wegen eines Krebses im Kindesalter behandelt wurden, stetig angestiegen. Mitglieder des Früh- und Spättoxizitäts- sowie Erziehungskomitees der internationalen Berlin-Frankfurt-Münster Studien Gruppe (I-BFM-SG-ELTEC) haben 45 pädiatrische Krebspezialisten (Onkologen, Psychologen, Schwestern, Epidemiologen, Eltern und Ueberlebende) von 13 europäischen Ländern (mit 5 zusätzlichen Experten von Nord-Amerika) vom 27.-29. Oktober 2006 nach Erice in Sizilien eingeladen.

Diskutiert wurde am Symposium, unter welchen Umständen das Wort Heilung angewendet werden soll. Ebenso wurden die Bedingungen, wann und weshalb eine Langzeitfürsorge erforderlich sind, umfassend besprochen.

Man beabsichtigte, möglichst viele Meinungen zusammenzubringen, um die persönlichen und professionellen Erfahrungen, die die einzelnen Teilnehmer mit sich brachten, optimal zu nutzen. Dabei wurde ein allgemein verbindliches Abkommen über die Heilung und die Langzeitbetreuung von Krebs im Kindesalter erarbeitet.

Schlüsselworte: Heilung und Betreuung von Kindern – Gesundheit – Lebensqualität

1. Bemühung um Heilung und Langzeitbetreuung des krebskranken Kindes

Das Ziel für Heilung und Betreuung des Kindes mit Krebs ist, dass er oder sie sich zu einer seelisch und körperlich starken Persönlichkeit entwickelt, die als Erwachsener voll und autonom

in unserer Gesellschaft funktioniert und sich in Bezug auf Lebensqualität von den gleichaltrigen Geschwistern nicht unterscheidet.

2. Zehn Punkte Abkommen

1. Heilung bezieht sich auf die ursprüngliche Krebsart (vgl. unten stehende Anmerkung) und zwar ohne Hinsicht auf mögliche oder vorhandene Behinderungen und therapiebedingte Nebenwirkungen. Diese gelten als separate Probleme, die massgeschneidert, subjektspezifisch und basierend auf therapiebedingten Risiken lebenslang verfolgt werden müssen. Der Begriff «geheilt» sollte in der Diskussion über den Gesundheitszustand mit den Geheilten und in der breiten Öffentlichkeit sowie vice/versa gebraucht werden.

Der Begriff «Langzeitüberlebende» sollte weiterhin in der wissenschaft-

lichen Forschung und in der mit ihr zusammenhängenden Literatur angewendet werden, um so die Fachleute auf mögliche Spätfolgen und deren Behandlung aufmerksam zu machen.

2. Die Betreuung eines Kindes mit Krebs sollte eine umfassende und ehrliche Information (abhängig vom Alter und vom kulturellen Hintergrund) bezüglich Diagnose, Management und Heilbarkeit der Krankheit beinhalten. Die Kommunikation der Heilungschancen eines krebskranken Kindes bzw. eines Adoleszenten sollte durch den zuständigen pädiatrischen Onkologen, im Einklang aller beteiligten Personen und unter Berücksichtigung individueller Umstände erfolgen.

3. Risiken zu kommunizieren ist eine schwierige und herausfordernde Aufgabe. Solche Informationen an die Ueberlebenden und deren Familie zu übermitteln, sollte in einer leicht verständlichen Sprache und mit einem positiven Hintergrund erfolgen. Wirkungsvolle Kommunikation verlangt einen hohen Grad zwischenmenschlicher Fertigkeit. Ueberlebende und ihre Familien haben ein Recht, mündlich und schriftlich informiert zu werden. Diese Auskunft sollte die Heilungschance der jeweiligen Krebsart, das Rückfallrisiko, die möglichen Spätfolgen der Therapie und das Entstehen eventueller Zweitumoren zum Inhalt haben.

Es liegt in der Verantwortlichkeit des Pädiatrisch Onkologischen Zentrums (POZ), den Betroffenen und ihren Angehörigen nach Therapieabschluss der ursprünglichen Krebsart eine Zusammenfassung zu übergeben. In dieser sollten die Charakteristika der Krebskrankheit, die durchgeführte Behandlung und therapiebedingte Komplikationen erwähnt sein.

Auch sollten in diesem Resümee Vorschläge für die Art und den Zeitpunkt der Nachsorge vorhanden sein, um die ursprüngliche Krankheit zu monitorieren und mögliche Spättoxizitäten des Krebses und dessen Therapie frühzeitig zu erfassen. Sobald der Ueberlebende das Erwachsenenalter erreicht hat, sollte er oder sie an einen im Umgang mit Erwachsenen qualifizierten

Arzt überwiesen werden. Dieser wird in der Folge die Langzeitbetreuung koordinieren. Sobald ein spezifisches Problem, das als möglicher Späteffekt der Therapie betrachtet wird, auftritt, sollte der Ueberlebende einem mit dem Problem vertrauten Spezialisten zugewiesen werden. Dieser hat das Anrecht auf einen vom POZ verfassten Bericht, der die Krankheit und die therapiebedingten Spätfolgen beinhaltet.

Ebenso sollte das POZ über Einrichtungen verfügen, die Auskünfte über den Gesundheitszustand aller ehemaligen krebskranken Kinder aufnehmen und archivieren können.

4. Es besteht heute ein Bedarf für eine kontinuierliche und systematische Ueberwachung von Langzeiteffekten der geheilten Krebsart und deren Behandlung. Um dem nachzukommen sollte jedes POZ über eine gut strukturierte Spätfolge-Klinik verfügen. Hier wird der Patient individuell von einem Spezialistenteam (Schwester, pädiatrischer Onkologe, Psychologe, Sozialarbeiter und andern) betreut.

5. Das POZ muss mit Hilfe von einer externen Ueberprüfung, im Rahmen von klinischen Forschungsstudien laufende Informationen sammeln, um einen adäquaten «Support» für Langzeitüberlebende zu garantieren.

Auf Evidenz basierend zu beraten, erfordert das Zusammentragen von Forschungsdaten, auf denen mögliche Empfehlungen basieren. Die Resultate dieser Forschung sollten der Versorger-Gemeinde, den Ueberlebenden selber und deren Familie zur Verfügung gestellt werden, damit diese in die Praxis umgesetzt werden.

6. Es sollten systematische Anstrengungen durchgeführt werden, um die Ueberlebenden und ihre Familien während und auch nach ihrer Krebstherapie tatkräftig zu unterstützen. Indem man sie mit genügend und ihrem Alter entsprechenden Informationen versorgt, werden sie ermächtigt, mit den aktuellen und auch zukünftigen Belastungen umgehen zu können. Die meisten Ueberlebenden und ihre Familien entwickeln positive Kräfte.

Mit den Fähigkeiten sich anzupassen, werden Strategien entwickelt, den Schwierigkeiten zu begegnen und seelisch so zu erstarken, dass sie auch zukünftige Herausforderungen im Leben wirkungs- und vertrauensvoll überwinden.

Diese Strategien werden besonders bei der Auseinandersetzung mit kritischen Situationen wichtig. So zum Beispiel bei Therapieende, beim Uebertritt von der Nachbehandlung zur Langzeitfürsorge und beim Uebergang von einer pädiatrischen zu einer Erwachsenen fokussierten Gesundheitsüberwachung. Durch eine spezielle Kontaktperson lassen sich solche Uebergänge erleichtern.

7. Wie erwähnt, ist die Mehrheit der Ueberlebenden relativ gut adaptiert, ja ein Teil von ihnen entwickelt eine ausserordentliche Spannkraft, schnell zu genesen. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung weisen einige Ueberlebende jedoch ein erhöhtes Risiko für Probleme auf, die medizinische, psychologische und soziale Hilfe benötigen. Das Gesundheitssystem sollte diesem Umstand Rechnung tragen.

8. Eltern, Geschwister und andere enge Familienmitglieder sollten jederzeit ermuntert werden, sich aktiv an der Diskussion über Zukunftspläne der Betroffenen zu beteiligen. Ebenso sollten sie bei der Planung und Implementierung psychosozialer Interventionen bei ihren Kindern mitentscheiden dürfen. Eltern und Angehörige spielen eine wichtige Rolle beim Informationsaustausch und bei der Kunst, andere Ueberlebende mit ihren Eltern zu unterstützen. Elternselbsthilfegruppen können so auch bei der Gestaltung und Erfüllung zukünftiger Dienstleistungen mithelfen. Sie sollten daher als aktive Mitglieder in das multidisziplinäre Gesundheitssystem aufgenommen werden.

9. Die Oeffentlichkeit muss wissen und akzeptieren, dass der Krebs im Kindesalter tatsächlich heilbar ist und dass in den letzten 30 Jahren ein signifikanter Fortschritt bei der Behandlung stattgefunden hat. So sind heute meh-

rere hunderttausend Menschen von ihrem Krebs im Kindesalter geheilt. Sie schliessen ihre Schul- und Berufsbildung ab und treten als aktive, den Anforderungen des Lebens gewachsene Mitglieder der Gesellschaft ins Erwachsenenalter ein. Eine liberale Gesellschaft sollte sicherstellen, dass Ueberlebende einen ebenbürtigen Zugang zu Erziehung, Anstellung, Versicherung und medizinischer Versorgung haben.

10. Die Ungleichheit der heutigen Behandlungsmöglichkeiten und die unterschiedlichen Heilungsraten innerhalb und zwischen den Nationen (basierend vorwiegend auf sozioökonomischen Unterschieden und mangelhaften Ressourcen) bleiben eine Herausforderung und müssen von der internationalen Gemeinschaft in Angriff genommen werden.

3. Anmerkung

Es ist unmöglich, eine exakte Definition für die Heilung festzulegen, die für alle Krebsarten im Kindesalter ihre Gültigkeit hat. Für die Dokumentation dieser Abhandlung über das Ueberleben von Krebs beim Kind kam die Gruppe zu folgender Uebereinstimmung. Die Heilung bezieht sich nur auf die ursprüngliche Krebsart und zwar ohne Rücksicht von möglichen oder vorhandenen Behinderungen oder therapiebedingten Nebenwirkungen. Kinder, die wegen eines Krebses behandelt wurden, können als geheilt betrachtet werden, wenn sie den Zeitpunkt erreicht haben, an dem das Risiko an ihrer Grundkrankheit zu sterben, nicht mehr grösser ist als das von gleichaltrigen Geschwistern in der Allgemeinbevölkerung, an irgendeinem anderen Grund zu sterben. Für viele maligne Erkrankungen der Kindheit gilt, dass ein Patient, der eine gewisse Anzahl von Jahren rückfallfrei nach der Diagnose eines bestimmten Krebstyps überlebt hat, als geheilt betrachtet werden

kann. Der Zeitpunkt dieser Heilung hängt vom jeweiligen Tumortyp, vom Stadium und anderen biologischen Faktoren ab.

Für einige Tumoren lässt sich eine genaue Aussage nicht machen, da bei gewissen Krebsformen genetische Faktoren für die Ursache und für das Ansprechen der Therapie eine bedeutende Rolle spielen.

4. Liste der Teilnehmer am Erice Symposium

Epidemiologen:

Julianne Byrne (Leitung, Irland), Guido Pastore (Italien), Maria Grazia Valsecchi (Italien), Peter Kaatsch (Deutschland), Mike M. Hawkins (Birmingham)

Schwestern:

Faith Gibson (Leitung, England), Moira Bradwell (England), Ulrike Kreichbergs (Schweden), Nelia Langeveld (Niederlande), Anne Thorvildsen (Norwegen), Kathlee Ruccione (USA)

Eltern:

Mark Chesler (Leitung, USA), Irina Ban (Serbien), Marianne Naafs-Wilstra (Niederlande), Maria Serrafro Bonini (Italien), Christine Wandzura (Kanada)

Aerzte:

Giuseppe Masera (Leitung, Italien), Ronald D. Barr (Canada), Joern D. Beck (Deutschland), Jos Bokkerink (Niederlande), Gabriele Calaminus (Deutschland), Andreas Feldges (Schweiz), Giulio J. D'Angio (USA), Riccardo Haupt (Italien), Momcilo Jankovic (Italien), Herwig Lackner (Oesterreich), Thorsten Langer (Deutschland), Edina Magyarosy (Ungarn), Renée Maurus (Belgien), Luisa Massimo (Italien), Concetta Micalizzi (Italien), Anja Moericke (Deutschland), Jacques Otten (Belgien), Pierre Phillipet (Belgien), Gregory Reaman (USA), Cor van

den Bos (Niederlande), Anjjo J.P. Verrman (Niederlande)

Psychologen:

John J. Spinetta (Leitung, USA), Christine Eiser (England), Cinzia Favara (Italien), Pilar Gonzales-Doupe (England), Gabriela Medin (Spanien), Bob Last (Niederlande), Pia Massaglia (Italien).

Ueberlebende:

Anthony Penn (Leitung, England), Eva Coenen (Niederlande), Angelamaria Cometa (Italien), Marieke van de Wetering (Niederlande)

Konflikt eines Interessenabkommens:

keiner

Danksagung:

Das Erice Symposium wurde von der Gaslini Foundation und der San Paolo Foundation, von Buitoni s.p.a. und dem M. Letizia Verga Komitee unterstützt. Frau Carla Manganini wird für ihre ausgezeichnete Sekretariatsarbeit gedankt.

Originalarbeit:

Haupt R et al., Long term survivors of childhood cancer: Cure and care, Eur J Cancer (2007), doi:10.1016/j.ejca.2007.04.015

Uebersetzung:

Dr. med. Andreas Feldges LA em. Ostschweizer Kinderspital
E-Mail: andreas.feldges@gmx.ch

Korrespondenzadresse:

Dr. Momcilo Jankovic
Clinica Pediatrica
Ospedale S. Gerardo
Via Donizetti 106
I-20052 Monza
Tel. +39 39 2333513
Fax +39 39 2301646
momcilo.jankovic@pediatrimonza.it



«Neuland entdecken»: Die REHA Seminare 2007 unter der Lupe

Beate Schneider-Mörsch, Projektleiterin REHA-Seminare, Krebsliga Schweiz
Margareta Schmid und Harald Reuter, Evaluation & Gesundheitsforschung
Andrea Fischer Schulthess, Redaktorin Krebsliga Schweiz

Im Rahmen der Verbesserung der niederschweligen Rehabilitationsangebote führte die Krebsliga Schweiz 2007 erstmals gemeinsam mit einigen kantonalen Ligen so genannte REHA-Seminare durch. Zur Überprüfung von Zufriedenheit und Wirkung der Seminare wurde eine externe Evaluation durchgeführt¹. Die Evaluation zeigt Stärken, Schwächen und Entwicklungspotential der ersten Serie auf und dient somit der Optimierung dieses Angebotes. Das Echo war mehrheitlich positiv und ermutigt eine Weiterführung.

Ausgangslage

Erfahrungen zeigen, dass nicht alle onkologischen Patientinnen und Patienten eine intensive und länger dauernde rehabilitative Behandlung benötigen und dass auch Angebote in Form von Seminarwochen bei vielen betroffenen Personen eine positive Wirkung auf ihre Fähigkeiten der Alltagsgestaltung und auf die Verbesserung ihres Genesungsprozesses haben.

Unter dem Titel «Neuland entdecken» bietet die Krebsliga eine ganze Palette von Seminaren an. Die thematischen Schwerpunkte des REHA-Seminar-Angebotes schliessen die physische, emotionale, spirituelle und kreative Ebene ein und beinhalten Themen wie Entspannung, Meditation, Bewegung und Sport, Tanz, Musik, Schreiben, kreatives Arbeiten mit Farben, Ton, Stein. Auch der Umgang mit krankheitsspezifischen Aspekten wie Fatigue, depressiver Verstimmung und

Neuland entdecken.

**Mit den Reha-Seminaren
der Krebsliga.**



krebsliga

www.krebsliga.ch/rehaseminare
031 389 93 28



Schmerzen sind Teil des Angebotes. Für Kinder ist eine Zirkuswoche im Angebot.

Pilotphase

In einer ersten Pilotphase wurden für das Jahr 2007 zehn Seminare in der Deutschschweiz angeboten. Das Konzept wurde mit Vertreterinnen und Vertretern der kantonalen Ligen diskutiert und abgestimmt. Einzelne kantonale Krebsligen waren bereit, neue Angebote zu entwickeln, andere integrierten ihr bestehendes Angebot in das REHA-Seminarprogramm. Wieder andere wollten sich in dieser ersten Phase noch nicht beteiligen und sich auf ihr eigenes, kantonales Angebot beschränken.

Auf Grundlage der Evaluationsergebnisse sollen die REHA-Seminare im

Gesundheitswesen inklusive langfristiger Finanzierung definitiv implementiert und ab dem Jahr 2009 angeboten werden.

Ziel

Die onkologische Rehabilitation strebt eine weit gehende Reduktion von körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen an, die als Folge des Krebsleidens bzw. dessen Therapie auftreten können und unterstützt Menschen darin, ein möglichst beschwerdefreies und autonom gestaltetes Leben zu führen.

Die REHA-Seminare sollen den Patienten und Patientinnen ermöglichen, nach der einschneidenden Diagnose «Krebs» und der folgenden intensiven medizinisch-therapeutischen Behandlung eine Auszeit zu nehmen,

¹ Evaluationsbeauftragte: Dr. med. Margareta Schmid, Evaluation und Gesundheitsforschung, Glarus unter Mitarbeit von Dipl. Psych. Harald Reuter



dem Alltag den Rücken zu kehren und für einige Momente inne zu halten. Die Kurse sollen den Betroffenen ermöglichen, mit den Alltagsbelastungen und den besonderen Herausforderungen des Lebens besser umzugehen. Bei allen Angeboten steht das Ziel «Neuland entdecken» im Vordergrund und damit die Gesundheit in die eigenen Hände zu nehmen und gemeinsam mit Gleichbetroffenen unter fachkompetenter Begleitung die eigenen Stärken und Fähigkeiten zu entdecken und neue persönliche Gesundheits- und Lebensziele zu entwickeln.

Zielgruppen

Zielgruppen der Seminare sind Personen nach einer onkologischen Akutbehandlung, welche eine Neuorientierung im Leben suchen und auch deren Angehörige. Kinder sind zwar als Zielgruppe nicht explizit erwähnt, mit dem Seminar «Zirkus Lollypop» aber integriert.

Fragestellungen der Evaluation

Durch die externe Evaluation wurde überprüft, inwieweit die Ziele der Seminare erreicht wurden. Ausserdem sollte die Evaluation Fragen nach Erwartungen an und die Zufriedenheit mit den Seminaren sowie den Zugangswegen beantworten. Weiterhin wurde gefragt, was den Teilnehmenden gefehlt hat und welche anderen Angebote sie sich wünschen würden.

Methodisches Vorgehen

Zur Überprüfung der Evaluations-Fragestellungen wurden alle Teilnehmenden schriftlich und im Anschluss an das besuchte Seminar befragt. Eine Ausnahme bildete der Zirkus Lollypop, in dem die teilnehmenden Kinder spielerisch zu den Wirkungen des Angebots Auskunft geben konnten.

Anzahl Seminar-Teilnehmende

Gesamthaft wurden folgende sechs Seminare durchgeführt: «Kräfte entdecken – Leben fördern» im Kloster Cazis, «Eine Woche aufatmen» im Sunnehus Wildhaus (dreimal), «Über-

gänge – anders wandern» im Berner Oberland und der Kinderzirkus Lollypop in Flims. Es nahmen 45 Erwachsene und 23 Kinder daran teil. 80 Prozent der Teilnehmenden waren Frauen, das Durchschnittsalter der Erwachsenen betrug 55 Jahre.

Wie haben die Teilnehmenden von den Seminaren gehört?

Gesamthaft wurden 45 Zugangskanäle angegeben. An erster Stelle der Nennungen stehen die kantonalen Krebsligen, 15 Teilnehmende erfuhren durch die kantonale Krebsliga vom Seminarangebot. An zweiter Stelle mit 11 Nennungen standen Freunde, Bekannte und Angehörige. Gesamthaft 9 Personen gaben an, über das Spital von den Seminaren erfahren zu haben und 4 Personen über ihren Arzt oder ihre Ärztin. 3 Teilnehmende erfuhren über die KLS von den Seminaren. 2 Personen wurden über eine Selbsthilfegruppe über die Seminare informiert und 1 Person erhielt von einer Pflegefachperson die Broschüre. 1 Person nannte Zeitung/Zeitschrift als Zugangskanal. Krebstelefon und Internet wurden nicht genannt.

Was erwarteten die Teilnehmenden von den Seminaren?

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Erwartungen, welche die Teilnehmenden angegeben haben (Mehrfachantworten waren möglich).

| | |
|--|------------|
| Mir etwas Gutes zu gönnen | 81 Prozent |
| Zeit für mich zu haben | 74 Prozent |
| Zu erfahren, was ich selber für mein Wohlbefinden tun kann | 65 Prozent |
| Mich kreativ betätigen zu können | 69 Prozent |
| Mit Menschen mit ähnlichen Erfahrungen zu sprechen | 63 Prozent |
| Religiöse und spirituelle Unterstützung zu erhalten | 63 Prozent |
| Besser mit negativen Gefühlen umgehen zu können | 56 Prozent |
| Hoffnung und Optimismus zu erhalten | 44 Prozent |
| Ablenkung von der Krankheit zu finden | 42 Prozent |
| Einen Sinn in der momentanen Situation zu finden | 40 Prozent |
| Mich zu bewegen und sportlich zu betätigen | 35 Prozent |

Inwieweit haben sich die Erwartungen erfüllt und wie zufrieden sind die Teilnehmenden mit dem Seminar?

Insgesamt haben sich für die Mehrheit der Antwortenden ihre Erwartungen erfüllt: Alle Mittelwerte über die durchgeführten Seminare liegen zwischen 4.3 und 4.8 auf einer fünfstufigen Skala (1 = gar nicht erfüllt bis 5 = voll erfüllt.)

Auch die Zufriedenheit in Bezug auf organisatorische Aspekte und die Atmosphäre im Seminar sowie in Bezug auf spezifische Angebote des jeweiligen Seminars war sehr hoch. Die Mittelwerte aller abgefragten Aspekte zur Zufriedenheit lagen zwischen 4.3 und 5.0 (fünfstufige Skala von 1 = gar nicht zufrieden bis 5 = sehr zufrieden).

Erreichen der Projektziele

Mit ein paar kleinen Ausnahmen wurden diese generell ebenfalls sehr positiv bewertet. Somit sind die durchgeführten REHA-Seminare sehr gut angekommen und die angestrebten Ziele mit nur wenigen Einschränkungen erreicht worden. Alle Mittelwerte lagen zwischen 4.1 und 4.7 (fünfstufige Skala von 1 = trifft gar nicht zu bis 5 = trifft völlig zu). Folgende Aspekte wurden am positivsten bewertet, zum Beispiel Erleben eines Gemeinschaftsgefühls, Finden von Ruhe und Entspannung, Entdecken von etwas Neuem, das die Teilneh-



menden weiterführen wollen, Herausfinden, was ihnen gut tut, bessere Nutzung der eigenen Stärken und Fähigkeiten, Finden eines positiveren Umgangs mit der Krankheit und Verbesserung der Lebensqualität.

Wunsch nach anderen Themen und Angeboten

Der Wunsch nach mehr und intensiverer Meditation wurde mehrfach genannt. Ebenfalls oft erwähnt wurde das Bedürfnis nach mehr körperlicher Betätigung sowie Yoga und Körperübungen als weitere Seminar-Themen. Sehr willkommen wären auch Massage, Osteopathie, Lymphdrainage und das Erlernen von Akupressur. Auch bezüglich Themen im emotionalen Umgang mit der Krankheit

scheint ein grosser Bedarf zu bestehen. Die Teilnehmenden wünschten sich Unterstützung für Angehörige im Umgang mit der Krankheit und möchten Wege finden, wie Wut oder Hoffnungslosigkeit in Kraft umgewandelt werden können. Zudem möchten sie lernen, Angst und Stress besser zu bewältigen, den Selbstheilungsprozesses aktiv zu fördern und ihre Abwehrkraft zu stärken.

Dreimal wurde von betroffenen Müttern der Wunsch nach einem Seminar für kranke Mütter und ihre Kinder geäussert. Speziell für Kinder betroffener Eltern und insbesondere für allein erziehende Mütter sei es schwierig, Lösungen zu finden. Auch geschlechts- und krebsspezifische Seminare wurden mehrfach angeregt.

Fazit und Ausblick

Die Seminare waren in Bezug auf Zufriedenheit und Wirkung bei den Teilnehmenden sehr erfolgreich. Beim Angebot besteht noch Ergänzungsbedarf. Ebenfalls verbessert werden sollte die Bekanntmachung der Seminare. Entsprechende Massnahmen und Projekte sind in Arbeit.

Kontakt:

Beate Schneider-Mörsch
Projektleiterin REHA-Seminare

Krebsliga Schweiz

Effingerstrasse 40
Postfach 8219
CH-3001 Bern
Tel. 031 389 91 15
beate.schneider@krebsslga.ch

ENDOKRINE THERAPIE FÜR POSTMENOPAUSALE BRUSTKREBSPATIENTINNEN



MEHR FRAUEN ÜBERLEBEN DURCH SWITCH¹*

AROMASIN[®]
exemestane



* Rezeptorstatus ER+/unbekannt

¹ Coombes RC et al. Survival and safety of exemestane versus tamoxifen after 2-3 years' tamoxifen treatment (Intergroup Exemestane Study): a randomised controlled trial. Lancet 2007;369: 559-570.

Aromasin[®] – Zusammensetzung: Exemestane, Dragées à 25 mg. **Indikationen:** Adjuvante Behandlung des postmenopausalen invasiven frühen Mammakarzinoms nach mindestens zwei Jahren initialer Tamoxifen-Therapie. Behandlung des fortgeschrittenen postmenopausalen Mammakarzinoms. **Dosierung:** 25 mg/Tag (=1 Dragée) bis zur Progression. Frühes Mammakarzinom: Behandlung bis 5-jährige Hormontherapie vollendet oder Wiederauftreten eines Tumors erfolgt. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem Hilfsstoff, prämenopausaler Hormonstatus, Schwangerschaft, Stillzeit. **Vorsichtsmassnahmen:** zweifelhafter Postmenopausenstatus, östrogenhaltige Arzneimittel, schwere Niereninsuffizienz, Teilnahme am Strassenverkehr, Bedienen von Maschinen, Osteoporose und Osteoporoserisiko. **Häufigste unerwünschte Wirkungen:** Hitzewallungen, verstärktes Schwitzen, gesteigerter Appetit, Anorexia, Schlafstörungen, Depressionen, Kopfschmerzen, Karpaltunnel-Syndrom, Hypertonie, abdominale Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Verdauungsstörungen, Durchfall, Hautausschlag, Alopecia, Gelenks- und Skelettmuskelschmerzen, Schmerzen, periphere und Beinödeme, Rückgang der Lymphozyten, Erhöhung der Transaminasen, der alkalischen Phosphatase und Bilirubin, Müdigkeit, Schwindel. **Interaktionen:** Östrogene. **Packungen** à 15*, 30* und 90* (*kassenzulässig). **Verkaufskategorie:** B. **Zulassungsinhaber:** Pfizer AG, Zürich. Ausführliche Angaben siehe Arzneimittelkompendium der Schweiz (F129Mar07).

ERBITUX® – the choice of enhanced efficacy

- Metastatic colorectal cancer: Demonstrated efficacy in combination with irinotecan after irinotecan failure in EGFR expressing tumors^{1,2}
- Locally advanced head and neck cancer³: Significant prolongation of survival in combination with radiotherapy^{1,4,5}



Merck Serono Oncology | *Combination is key*

ERBITUX® (5 mg/ml cetuximab, chimeric monoclonal IgG₁ antibody) I: In combination with irinotecan for the treatment of patients with EGFR (epidermal growth factor receptor)-expressing metastatic colorectal cancer after failure of irinotecan-including cytotoxic therapy. In combination with radiation therapy for the treatment of patients with locally advanced squamous cell cancer of the head and neck. **PO:** The very first dose is 400 mg cetuximab per m² body surface area. Subsequent weekly doses 250 mg/m². Premedication with an antihistamine. Instructions for posology and administration are to be strictly adhered to. **CI:** Known severe hypersensitivity reactions to cetuximab. Pregnancy and lactation. **W:** Severe infusion-related reactions are possible and usually occur during or within 1 hour of the initial Erbitux infusion. These reactions require immediate and permanent discontinuation of cetuximab therapy and a symptomatic treatment. Dyspnoea; interstitial lung disease; electrolyte disturbances such as hypomagnesaemia, hypocalcaemia or hypokalaemia. **IA:** None known. **UE:** Very common: Hypomagnesaemia; dyspnoea; mild to moderate increase in liver enzyme levels; skin reactions such as acne-like rash and/or nail disorders; mild or moderate infusion-related reactions comprising symptoms such as fever, chills, nausea, vomiting, headache, dizziness or dyspnea; mild to moderate mucositis. Common: Conjunctivitis; severe infusion-related reactions such as rapid onset of airway obstruction, urticaria, hypotension or loss of consciousness. **P:** 1 vial of 20* ml (100 mg cetuximab). [A] (* = reimbursed, limitation). For further information, see Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. NOV07

Merck (Schweiz) AG, Chamerstrasse 174, CH-6300 Zug, Tel: +41 (0)41 729 22 22, Fax: +41 (0)41 729 22 00, www.merck-pharma.ch

www.erbitux.ch

ERBITUX is a trademark of ImClone Systems Incorporated used under license by Merck KGaA, Darmstadt, Germany.

¹ See Arzneimittel-Kompodium der Schweiz

² Cunningham D et al. Cetuximab monotherapy and cetuximab plus irinotecan in irinotecan-refractory metastatic colorectal cancer. N Engl J Med 2004;351:337-45

³ Squamous cell carcinoma of the head and neck (SCCHN)

⁴ vs radiotherapy alone

⁵ Bonner JA et al. Radiotherapy plus cetuximab for squamous-cell carcinoma of the head and neck. N Engl J Med. 2006 Feb 9;354(6):567-78.

Voranzeige

Nationale Psychoonkologie-Fachtagung 2008

**Donnerstag, 20. November 2008, Kultur & Kongresshaus, Aarau, zum Thema
«Möglichkeiten und Grenzen in der Psychoonkologie»**

Das nationale Krebsprogramm für die Schweiz 2005 bis 2010 setzt einen Schwerpunkt bei der Förderung psychosozialer Massnahmen für Krebsbetroffene und Angehörige. Viele Betroffene und Fachleute sind heute über psychosoziale Angebote mangelhaft informiert.

Diese interdisziplinäre Tagung soll das Wissen verbessern, die Akzeptanz psychoonkologischer Unterstützungsangebote fördern sowie die Vernetzung von Fachpersonen, die in die psychosoziale Betreuung von Krebsbetroffenen involviert sind, unterstützen.

Programmpunkte

- Einführung ins Thema «Psychoonkologie»
- Zusammenhänge zwischen Psyche & Krebs
- Psychoonkologische Möglichkeiten für Krebsbetroffene
- Psychoonkologische Möglichkeiten für Angehörige
- Transplantation: Überleben in der Isolation
- Der Unterschied zwischen «Heilen» und «Trösten».
Schnittmengen und Differenzen zwischen Psychotherapie und Seelsorge
- Psychoonkologie für Kinder
- Zum Umgang mit eigener Betroffenheit unter onkologischem Fachpersonal
- REHA: Modelle und Möglichkeiten
- Sexualität - das vergessene Thema
- Copingstrategien: Gibt es richtiges und falsches Coping?

Referenten

Prof. Dr. med. Thomas Cerny; Manuela Eicher, MScN; Prof. Dr. rer. nat. Nina Heinrichs; Dipl. psych. Martina Kainz; Prof. Dr. med. Alexander Kiss; Lic. phil. Alfred Künzler; Dipl. psych. Sabine Lenz; Dipl. psych. Stefan Mamié; Lic. phil. Wim Nieuwenboom; Prof. em. Dietrich Ritschl; Prof. Dr. Marie Santiago; Elisabeth Wenger; Dr. phil. Brigitta Wössmer; Dipl. psych. dipl. biol. Stefan Zettl.

Das definitive Programm ist inklusive Online-Anmeldeformular ab Mai 2008 unter www.krebsliga-aargau.ch abrufbar.

Kontakt

Krebsliga Aargau
Florian Helfrich
Milchgasse 41
5000 Aarau
062 834 75 75
florian.helfrich@krebsliga-aargau.ch
www.krebsliga-aargau.ch

Préavis

Symposium national de psycho-oncologie 2008

Judi, 20 novembre 2008, Kultur & Kongresshaus, Aarau
«Les possibilités et les limites de la psycho-oncologie»

Le Programme national contre le cancer 2005-2010 pour la Suisse s'est entre autres fixé comme priorité de promouvoir les mesures psychosociales en faveur des personnes atteintes de cancer et leurs proches. A l'heure actuelle, bon nombre de personnes touchées et quantité de spécialistes sont insuffisamment informés sur les offres psychosociales disponibles.

Ce symposium interdisciplinaire doit améliorer les connaissances, promouvoir la bonne acceptation des offres de soutien psycho-oncologique et soutenir la mise en réseau des spécialistes impliqués dans la prise en charge psycho-oncologique des personnes atteintes d'un cancer.

Points au programme

- Introduction à la psycho-oncologie
- Relations entre psyché et cancer
- Possibilités psycho-oncologiques pour les personnes atteintes de cancer
- Possibilités psycho-oncologiques pour les proches
- Transplantation: survivre en isolement
- La différence entre «guérir» et «consoler».
- Points communs et différences entre psychothérapie et accompagnement pastoral
- Psycho-oncologie pour les enfants
- Comment faire face à son propre cancer en tant que spécialiste en oncologie
- Réadaptation: modèles et possibilités
- Sexualité – un sujet oublié
- Stratégies de coping: y a-t-il une bonne et une mauvaise manière de faire face?

Intervenants

Prof. Dr med. Thomas Cerny; Manuela Eicher, MScN; Prof. Dr rer. nat. Nina Heinrichs; Martina Kainz, dipl. psych.; Prof. Dr med. Alexander Kiss; Alfred Künzler, lic. phil.; Sabine Lenz, dipl. psych.; Stefan Mamié, dipl. psych.; Wim Nieuwenboom, lic. phil.; Prof. em. Dietrich Ritschl; Prof. Dr Marie Santiago; Elisabeth Wenger; Dr phil. Brigitta Wössmer; Stefan Zettl, dipl. psych., dipl. biol.

Le programme définitif et le bulletin d'inscription électronique seront disponibles sur le site www.krebsliga-aargau.ch dès mai 2008.

Contact

Ligue argovienne contre le cancer
Florian Helfrich
Milchgasse 41
5000 Aarau
062 834 75 75
florian.helfrich@krebsliga-aargau.ch
www.krebsliga-aargau.ch



krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega svizzera contro il cancro

oncosuisse

SCHWEIZERISCHE VEREINIGUNG GEGEN KREBS
UNION SUISSE CONTRE LE CANCER
UNIONE SVIZZERA CONTRO IL CANCRO

Eingabetermine 2008 für Forschungs- und Stipendiengesuche

1. Februar und 1. August

GesuchstellerInnen schweizerischer Nationalität oder in schweizerischen Krebsforschungs-Institutionen arbeitende ausländische KollegInnen werden eingeladen, ihre wissenschaftlich gut begründeten Projektgesuche **bis spätestens zu den oben angegebenen Eingabefristen einzureichen**.

Die Gesuche durchlaufen eine Begutachtung durch die Wissenschaftliche Kommission und werden abschliessend durch den zuständigen Vorstand beurteilt.

Damit Ihr Forschungsgesuch aufgenommen werden kann, sind strikte die **Auflagen der entsprechenden Merkblätter** einzuhalten. Die wichtigsten Gesuchsbedingungen sind:

- Gesuchsformulare der KLS/ONCOSUISSE verwenden
- die Gesuche sind für maximal 3 Jahre zu stellen
- Begleitbrief (max. 1 Seite) plus 5 weitere Kopien einsenden. Darin wird unter anderem die Bedeutung der zu erwartenden Resultate für die Krebsbekämpfung dargelegt
- Gesuchsoriginal plus 5 weitere Kopien einsenden
- nachgeführter Lebenslauf plus 5 weitere Kopien einsenden
- nachgeführte Publikationsliste plus 5 weitere Kopien einsenden; diese muss enthalten:
 1. Originalarbeiten mit Peer Review
 2. Übersichtsarbeiten/Buchkapitel/Bücher
- weitere Beilagen (z.B. Publikationen) sind in 3 Originalen plus 3 Kopien der Zusammenfassungen (z.B. erste Seite) einzusenden

Für Gesuche der klinischen-, der Public Health-, der psychosozialen- und der Pflegeforschung besteht die Möglichkeit, in einem ersten Schritt eine kurze Projektskizze (letter of intent) einzureichen. Nähere Informationen: www.swisscancer.ch/research

Gesuchsformulare und Merkblätter von KLS/Oncosuisse sind erhältlich:
unter www.swisscancer.ch/research

oder bei: Wissenschaftliches Sekretariat, Krebsliga Schweiz, Effingerstrasse 40, 3008 Bern
Tel. 031 389 91 16, Fax: 031 389 91 62, E-Mail: scientific-office@swisscancer.ch



krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega svizzera contro il cancro

oncosuisse

SCHWEIZERISCHE VEREINIGUNG GEGEN KREBS
UNION SUISSE CONTRE LE CANCER
UNIONE SVIZZERA CONTRO IL CANCRO

Délais d'envoi 2008 des demandes de subsides et bourses

1^{er} février et 1^{er} août

Les requérant(e)s de nationalité suisse ou les chercheurs étrangers travaillant dans des institutions suisses spécialisées dans la recherche sur le cancer qui souhaiteraient bénéficier d'un soutien sont invités à adresser leur demande dûment motivée **au plus tard jusqu'aux dates mentionnées ci-dessus**.

Toutes les demandes sont soumises à la Commission scientifique puis finalement évaluées par le comité compétent.

Afin que votre demande de subsides puisse être prise en considération, les **instructions mentionnées dans les aide-mémoires correspondants doivent être rigoureusement observées**. En voici les conditions les plus importantes:

- Utiliser les formulaires de demande de subsides de la LSC/ONCOSUISSE
- La demande peut être présentée au maximum pour 3 ans
- Lettre d'accompagnement (1 page max.), plus 5 copies où figure, notamment, la répercussion que les résultats attendus exerceront sur la lutte contre le cancer
- Joindre l'original de la demande, plus 5 copies
- Joindre un curriculum vitae à jour, plus 5 copies
- Joindre une liste des publications à jour, plus 5 copies; celle-ci doit contenir :
 1. travaux originaux avec Peer Review
 2. travaux d'ensemble/chapitres de livres/livres
- Joindre les autres annexes (p.ex. publications) en 3 exemplaires complets, plus 3 copies des résumés (première page p.ex.)

Une possibilité existe pour les demandes de subsides concernant les domaines de recherche suivants: **recherche clinique, santé publique, domaine psychosocial ou des soins**. Il suffit désormais de présenter un avant-projet réduit, sous forme de lettre d'intention. Veuillez consulter www.swisscancer.ch/research

Les formulaires de demande de subsides et les aide-mémoire de la LSC/Oncosuisse sont disponibles sous www.swisscancer.ch/research

ou auprès du Secrétariat scientifique, Ligue suisse contre le cancer, Effingerstrasse 40, 3008 Berne, tél.: 031 389 91 16, fax: 031 389 91 62 ou courriel: scientific-office@swisscancer.ch

Epirubicin-Mepha®

Der Mitbewerber

Kostensenkung im Onkologiebereich

ONCOLOGY



Epirubicin-Mepha® Stechampullen **Zusammensetzung** Epirubicini hydrochloridum: Konzentrat zur Injektion/Instillation (2 mg/ml): Stechampullen zu 10 mg/5 ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml, 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml. **Indikationen** Mammakarzinom, maligne Lymphome, Weichteilsarkome, Magenkarzinom, Bronchialkarzinom, Ovarialkarzinom, intravesikale Instillation zur Behandlung sowie zur Rezidivprophylaxe von oberflächlichen papillomatösen Harnblasenkarzinomen nach transurethraler Resektion. **Dosierung** Adjuvante Kombinationstherapie bei Mammakarzinom: 100–120 mg/m² i.v. alle 3–4 Wochen. Kombinationstherapie des fortgeschrittenen Mammakarzinoms: 75–120 mg/m² i.v. alle 3 Wochen. Bei Monotherapie: 135 mg/m² alle 3 Wochen. Sonstige Indikationen: Im allgemeinen 75–90 mg/m² i.v. in 21 Tage Intervallen. Spezielle Dosierungsanweisungen und Blaseninstillation, siehe Arzneimittel-Kompodium. **Kontraindikationen** Schwangerschaft, Stillzeit. Bei i.v. Applikation: ausgeprägte Knochenmarksdepression, akute Herzerkrankung, schwere Leberfunktionsstörungen, Überempfindlichkeit gegenüber Epirubicin, Anthrazyklinen, Anthracendionen. Vorbehandlung mit maximal kumulativen Dosen anderer Anthrazyklone, generalisierte Infektionen. Bei Blaseninstillation gelten zusätzliche Kontraindikationen wie invasive Tumore der Blasenwand, Harnwegsinfektionen, Entzündungen der Harnblase und Katheterisierungsprobleme. **Vorsichtsmassnahmen** Blutbildveränderungen, Anämie, Kardiotoxizität, Überwachung von Leber- und Nierenfunktion. Epirubicin kann Amenorrhoe oder eine vorzeitige Menopause auslösen. **Unerwünschte Wirkungen** Knochenmarksdepression, Kardiomyopathien, benigne und maligne Neoplasien, Amenorrhoe, Nausea, Erbrechen, Mucositis, Transaminasenerhöhung, Bilirubinerrhöhung, Alopezie, Fotosensibilität oder Überempfindlichkeit des Bestrahlungsfeldes, Rötungen, Hautveränderungen, Juckreiz, Abgeschlagenheit, Rotverfärbung des Urins, bei Blaseninstillation lokale Reaktion wie Brennen und Pollakisurie, gelegentlich Cystitis. **Interaktionen** Gleichzeitige Gabe von kardiotoxischen- und herzaktiven Arzneimitteln. **Listeneinteilung: A** Für weiterführende Informationen siehe Arzneimittel-Kompodium.

Die mit dem Regenbogen

mepha



INTRODUCING NEXAVAR[®],
AN ORAL MULTI-KINASE INHIBITOR FOR ADVANCED RCC
AFTER NEPHRECTOMY AND PALLIATIVE OR ADJUVANT
PRIOR THERAPY WITH CYTOKINES

Target Efficacy

Improved
Overall
Survival¹

19.3
MONTH
Nexavar[®]

14.3
MONTH
Placebo*

References: 1. Eisen T. et al. Randomized Phase III trial of Sorafenib in Advanced Renal Cell Carcinoma (RCC): Impact of Cross-Over on Survival. 2006 ASCO. Annual meeting; abstract no 4524.
* Placebo arm censored for patients without Cross-Over to sorafenib (N = 236), ref 1.

Nexavar[®] (sorafenib). **Indication:** treatment of advanced renal cell cancer after nephrectomy and palliative or adjuvant prior therapy with cytokines (IL-2, IFN). **Posology:** 400 mg (= 2 tablets of 200 mg) twice a day until progression or unacceptable toxicity. **Contraindications:** hypersensitivity reaction to active or inactive ingredients. **Warnings and precautions:** hand-foot syndrome, rash, hypertension, hemorrhage, warfarin co-administration, unstable coronary heart disease, severe hepatic impairment, impairment of fertility. **Interactions:** substrates of glucuronidation (i.e. barbiturates, irinotecan, paclitaxel, estradiol, propofol), coumarin preparations. **Frequent adverse reactions:** hypertension, hand-foot syndrome, rash, pruritus, erythema, alopecia, dry skin, fatigue, pain, diarrhea, nausea, hemorrhage, hypophosphatemia, elevation in lipase and amylase, leucopenia, lymphopenia. **Package:** 112 tablets (28 days treatment), list A (Swissmedic). **Distribution:** Bayer (Schweiz) AG, Grubenstrasse 6, 8045 Zurich. For further information: "Arzneimittelkompendium der Schweiz".

Focus on Life

Liste des spécialités/Spezialitätenliste:

NEXAVAR[®] – For metastatic renal cell carcinoma, i.e. in absence of possible curative surgery.



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Bayer (Schweiz) AG
Grubenstrasse 6
CH-8045 Zürich
Tel. 044 465 82 65
Fax 044 465 82 62
www.bayerscheringpharma.ch

Oral
Nexavar[®]
(sorafenib) tablets

THE BALANCED APPROACH

«Neue Wege in der Praxis: Innovation in der Onkologiepflege»

Nouvelles méthodes de travail: innovation des pratiques de l'infirmier en oncologie

6th EONS Spring Convention in Genf vom 27. - 29. März 2008

Lucienne Bigler-Perrotin, Evelyn Rieder

Rund 700 europäische Pflegefachfrauen und -männer folgten der Einladung der European Oncology Nursing Society (EONS) und der Onkologiepflege Schweiz (OPS) zum 6. Frühjahrskongress nach Genf. Ein breites Spektrum an Innovationen und deren Herausforderungen wurden präsentiert. Im folgenden zweisprachigen Bericht sind Highlights der drei Kongresstage zusammengefasst.

Eröffnet wurde das Programm durch Sarah Faithfull, Präsidentin EONS und Irène Bachmann-Mettler, Präsidentin OPS, mit dem provokativen Thema:

(R)Evolution in der Onkologiepflege?

Beide Präsidentinnen sind sich einig, dass es neue Ideen braucht, die in der Praxis umgesetzt werden können. Die Strukturen des Gesundheitswesens, respektive Onkologiepflege, sind komplex und oft nicht überblickbar. Es braucht die Wissenschaft, die Theorie sowie die Praxis als Teile vom Ganzen. Die auf Evidenz basierenden Innovationen müssen für die Praxis entwickelt werden. So wird die Praxis nachhaltig beeinflusst oder/und verändert. Für diesen Prozess benötigt es personelle sowie monetäre Ressourcen. Es müssen Fähigkeiten generiert werden und/oder erhalten bleiben. Laut Irène Bachmann-Mettler muss die Umgebung und der Kontext stimmen, d.h. offen sein für Neues und Veränderungen. Um etwas zu entwickeln, braucht es Intention und Motivation jedes Einzelnen. Die «Revolution der Onkologiepflege» war lanciert und die motivierten Teilnehmer wurden zu den nächsten Präsentationen und Satellitensymposien entlassen.

Die Sessionen vom Donnerstag wurden durch Lucienne Bigler-Perrotin in französischer Sprache zusammengefasst.

Développer des preuves fondées sur la pratique

Les différents exposés du jeudi, en plénière, étaient centrés sur l'évolution, le changement dans les soins en oncologie et l'EBN et EBP, Evidence Based Nursing et Evidence Based Practice, c'est-à-dire les soins infirmiers et la pratique basés sur l'évidence.

A cette occasion, des résultats de recherches cliniques réalisées par des infirmières ont été présentés, affirmant certains chiffres-choc :

- 6,2 minutes : temps moyen d'une consultation médicale de suivi pour des femmes ayant été traitées pour un cancer du sein ou
- 80% des patients cancéreux ont des douleurs et 50% reçoivent un traitement inadéquat ou encore
- 20 à 25% des malades reçoivent des soins dont ils n'ont pas besoin ou qui leur sont nuisibles.

A partir de ces données, des réponses sont proposées telles que:

- offrir du temps infirmier (pour pallier à la rareté du temps médical),
- améliorer l'autogestion du patient (pour éviter une réhospitalisation),
- dépister pour traiter, par exemple par téléphone, en mesurant les effets secondaires, en formant les patients, en développant des guidelines,
- encourager les patients à être des co-chercheurs (pour tester les pratiques).

Alors que l'industrie pharmaceutique produit des molécules qui font exploser les prix, les professionnels expriment leur souci de contribuer à contenir les coûts.

- Que deviennent les préoccupations des usagers, de moment en moment ?

Au fil des présentations il s'est précisé que les solutions mises à disposition ne correspondent qu'à certains types de patients. Il est ainsi recommandé que ceux-ci soient suffisamment instruits et nantis.

- Qu'en est-il alors des personnes peu au fait et démunies, qui néanmoins rencontrent de nombreux choix à faire au cours de leur expérience de maladie?

Actuellement une grande part des recherches présentées se base sur la croyance qu'il n'existe qu'une réalité, qu'elle est objective et qu'elle se trouve quelque part tout à fait indépendamment de l'observateur (1). Ces études visent à déterminer l'évidence la plus adéquate sur laquelle baser les décisions concernant les soins aux patients.

- La nature des soins infirmiers n'est-elle pas aussi une science humaine où les personnes sont respectées et honorées pour leurs expériences vécues de santé? Milton (2007).
- Notre mission n'est-elle pas de cocréer l'évidence du respect de la dignité des personnes dont nous prenons soin?
- Où avons-nous l'évidence que les méthodes que nous utilisons sont utiles à ceux que nous servons?

La pratique se nourrit de la recherche et aujourd'hui, nombre de recherches infirmières enrichissent d'autres

disziplinen telles que les disciplines médicales, sociales ou encore la psychiatrie et encouragent une pratique d'exécution.

- Faut-il rappeler que lorsque chacun pratique sa discipline, le patient bénéficie de regards différents, de visions qui s'ajoutent?
- Les innovations proposées servent-elles réellement les usagers?
- Où est l'évidence que nous écoutons?*
- Où est l'évidence que nous prenons soin?*

*Questions qui ont été posées dans les ateliers du samedi.

Un grand merci à EONS qui nous donne aujourd'hui l'occasion de débattre sur ce qui représente le fondement de la discipline infirmière, notre standard essentiel, à savoir prendre soin des personnes qui vivent des expériences de santé.

Pflegesensitive Ergebnisse

Der zweite Kongresstag stand ganz im Zeichen pflegesensitiver Outcomes. Diana Doran, Professorin an der Bloomberg Universität in Toronto, Kanada, führte die Zuhörer theoretisch in die pflegesensitiven Outcomes ein. Sie vermittelte Rüstzeug, für den am Samstag durch sie geleiteten Workshop, wo die Teilnehmer mittels des «**The Nursing Role Effectiveness Model**», an Praxisbeispielen üben konnten, wie Outcomes gemessen werden. Nun aber zu ihrem Referat:

Introduction and overview to nursing-sensitive outcomes: transforming nursing practice through outcomes measurement

Laut Diana Doran wird heute exzellente Pflege, als Fundament des hochentwickelten Gesundheitssystems, erwartet und angeboten. Diese Erwartungshaltung und die Komplexität der Patientenwünsche werden zur Herausforderung der täglichen Pflege. Um Qualität und Kosten der pflegerischen Handlungen zu überprüfen, zu rechtfertigen und zu deklarieren, müssen die Auswirkungen der pflegerischen Interventionen messbar werden. Dies gibt uns Auskunft wie die Patienten auf die durchgeführten Interventionen reagieren, d.h. ob eine Veränderung

des Krankheits- oder Gesundheitszustands erfolgt. Aber - was braucht es, um pflegesensitive Outcomes in der Praxis zu messen? Dazu muss Wissen entwickelt und angeeignet werden. Anhand des «The Nursing Role Effectiveness Model», das auf dem Struktur-Prozess-Ergebnis-Modell von Donabedian (1980) (2) basiert, zeigte Diana Doran, wie wichtig es ist, die Ergebnisse im ganzen Kontext zu betrachten. Das System, die Institution, der Patient bis hin zum Pflegeprozess müssen berücksichtigt werden um Outcome-Indikatoren bestimmen zu können. Die pflegesensitiven Ergebnisse sollen mindestens an zwei unterschiedlichen Messzeitpunkten gemessen werden - vor und nach der Intervention. Die Wirksamkeit der Pflege kann so aufgezeigt werden. Es muss ein Nachweis erbracht werden, dass durch Messung der pflegerischen Ergebnisse eine sichere und qualitative Patientenversorgung und ein kosteneffektiver Unterschied besteht. Dazu braucht es auf politischer und finanzieller Ebene Unterstützung.

European pain in cancer (EPIC) survey: final results (3)

Jan Foubert präsentierte die Resultate einer europäischen Befragung zum Thema Schmerz. Diese Untersuchung wurde in 12 Ländern (Dänemark, England, Finnland, Frankreich, Irland, Israel, Italien, Norwegen, Rumänien, Schweden, Schweiz, Tschechien) durchgeführt.

Ziel: Die Häufigkeit und Stärke des krebisinduzierten Schmerzes und die Auswirkungen auf den Alltag der Betroffenen zu explorieren.

An der Befragung nahmen 5084 Patienten mit soliden und hämatologischen Tumoren, unterschiedlichem Krebsstadium, älter als 18 Jahre und Erfahrung mit Schmerzen unterschiedlicher Stärke, teil. Der Rekrutierung führten Hausärzte, Onkologen, Patientenselbsthilfegruppen und/oder Krebsligen durch. Um Bias zu vermeiden, wurden Schmerz- und Palliative Care Spezialisten oder Abteilungen ausgeschlossen. Die Interviews, mit 58 Items, wurden mit einer computerunterstützten, telefonischen Befragung durchgeführt.

Jan Foubert präsentierte folgende Resultate:

Schmerz bei Krebspatienten ist häufig und oft von langer Dauer.

- 94% der Befragten leiden an moderaten bis hin zu starken Schmerzen
- 81% der Befragten leiden mehrmals wöchentlich unter Schmerzen

Schmerz hat eine signifikante Auswirkung auf die Lebensqualität der Krebspatienten. Schmerz kann Patienten von andern abhängig machen.

- 33% der Befragten erleben den Schmerz so stark, dass sie sterben möchten
- 31% der Befragten, erleben den Schmerz so stark, dass sie nicht mehr fähig sind, für sich selber oder andere zu sorgen

Krebsindizierter Schmerz wird oft ungenügend behandelt. Die Professionellen sprechen mit den Patienten nicht über die Schmerzen.

- 32% der Befragten, die unter moderaten bis schweren Schmerzen leiden, erhalten keine Schmerztherapie
- 12% der Befragten, die an Schmerz leiden, werden von den Professionellen nie auf Schmerz angesprochen

Viele der Befragten machen sich Sorgen bezüglich der Nebenwirkungen der Analgetika. Obstipation wird am häufigsten erwähnt.

- 27% der Befragten, die Analgetika verschrieben bekommen haben, erhalten keine Laxantien
- 5% der Befragten kaufen Laxantien selber

Krebsassoziiertes Schmerz hat einen grossen Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen und ist nicht einfach zu therapieren. Viele Patienten empfinden ihre Analgesie als ungenügend. Sie haben das Gefühl, die Mitmenschen verstehen nicht, wie sehr sie unter dem Schmerz leiden. Die grösste je durchgeführte Studie dieser Art betont die Notwendigkeit einer verbesserten Behandlung von Schmerzen.

An der Studie nahmen 266 Patienten aus der Schweiz teil. Die präsentierten

Daten gaben Anlass zu heftigen Diskussionen, v.a. auch bei den schweizerischen Zuhörern. Besteht doch die Annahme, dass gerade im Schmerzmanagement die Schweiz ein hohes Niveau erreicht hat. Zu diesem Thema bedarf es weiterführende nationale Untersuchungen und Forschung.

Eine innovative Studie präsentierte Anne Young, England:

Innovation in Symptommanagement

Anne Young, Pflegedirektorin in Cheltenham, England und ihr Team führten bei ambulanten Krebspatienten, um Symptome zu erfassen, zwei Interventionen durch. Eine Patientengruppe erfasste die Nebenwirkungen der Chemotherapie selbst, mittels eines speziellen Mobiltelefonübermittlungsprogramms (I), eine andere erfasste, mittels Distress-Thermometer, Symptome während und nach der Chemotherapie auf einem Touchscreen (II).

Methode:

(I) Patienten konnten zweimal täglich ihre Symptome ins Natel eingeben. Diese Daten wurden unmittelbar in die Klinik übermittelt. Bei moderaten bis starken Symptomen wurden die Pflegenden automatisch via Pager alarmiert. Unverzüglich nahmen diese mit dem Patienten Kontakt auf und gaben Behandlungsanweisungen.

(II) Patienten konnten während und nach der Therapie ihre Symptome mittels Distress-Thermometer auf einem Touchscreen, verbunden mit einem Klinikcomputer, eingeben.

Fazit:

Die Patienten fühlten sich durch das Wissen, dass ihre Symptome sofort erfasst wurden, sicherer. Sie nahmen mehr Anteil an ihrem Symptommanagement.

Der Samstag stand im Zeichen der Workshops:

Es wurden Workshops in deutscher, französischer und englischer Sprache angeboten:

Einführung in die Forschung

(Zusammenfassung Maya Shaha)

Anne Murphy, Genetikberaterin am Universitätsspital Genf, und Maya Shaha, Forscherin und Dozentin an der Hochschule für Gesundheit, Freiburg, haben den Workshop für angehende Forscher in französischer Sprache angeboten. Während vier Stunden wurden grundlegende Themen bearbeitet. Den ca. 21 Teilnehmenden wurden Forschungsgrundsätze vermittelt, um dann zum spezifischen Bereich der Onkologiepflegforschung vorzustossen. Anschliessend wurde der Forschungsprozess erläutert, mit Hinweisen auf die Themenwahl für eine praxisnahe Forschung. Speziell behandelt wurde die Formulierung von möglichen Fragestellungen und der darauf basierende Entscheid, welche Forschungsmethode idealerweise gewählt werden sollte. Die Literatursuche sowie mögliche Auswirkungen von Studien auf die Praxis wurden angesprochen. Eingehende Diskussionen entstanden. Laut den Teilnehmenden lieferte der Workshop Antworten auf ihre Fragen und die Forschung wurde näher an die Pflegepraxis gebracht.

Forschung dient der besseren Praxis: Ein Blick hinter die Kulissen

(Zusammenfassung Sebastian Probst)

Ziel des Workshops: Den Pflegenden das Gebiet der «Forschung» näher zu bringen. Diskutiert wurde, wie die Forschung Einfluss auf die Praxis nehmen und wie die Praxis wiederum die Forschung beeinflussen kann. Es wurde aufgezeigt, wie wichtig es für Pflegenden in der Praxis ist, Forschung zu verstehen, Fragen nachzugehen, Literatur zu suchen und zu finden, Forschungsergebnisse zu interpretieren und diese im eigenen Kontext anzuwenden. Während des gesamten Workshops entwickelten sich interessante Diskussionen. Der Workshop wurde in deutscher Sprache durchgeführt und von Christine Widmer, MNS und von Sebastian Probst, MNS moderiert.

Poster Award

Mit der Verleihung des Poster Awards ging der Kongress zu Ende. Das Eu-

ropean Journal of Oncology Nursing sponserte die Auszeichnung für das beste eingereichte Poster. Der Preis ging an ein Team aus der Türkei mit folgender Studie:

Leben mit gynäkologischen Tumoren: Erfahrung der Frauen und ihrer Partner

Akyuz, A., Guven, A., Ustunsoz, A. & Kaya, T., Gata School of Nursing, Obstetric & Gynaecology, Public Health Nursing aus Ankara, Türkei

Mittels einer qualitativen Studie wurde die Erfahrung der Frauen mit gynäkologischen Tumoren und ihrer Partner exploriert. Die Analyse der Daten von 19 Patientinnen und 12 Partnern wurde mit der Methode der Phänomenologie durchgeführt. Die Untersuchung zeigte verschiedene Schlüsselthemen: Die Erfahrung während der Zeit der Diagnosenstellung und der Therapien, die Auswirkung auf das Familienleben und die Erfahrung mit der Krankheit als Frau.

Sara Faithfull fasste die wichtigsten Ergebnisse zusammen und verabschiedete das Auditorium.

Französische Zusammenfassung:
Lucienne Bigler-Perrotin
Infirmière de santé publique
spécialisée en oncologie et soins
palliatifs, membre du comité SOS

Allgemein, deutsche Zusammenfassung: Evelyn Rieder
Vizepräsidentin Onkologiepflege
Schweiz, evelyn.rieder@pop.agri.ch

Literaturangabe:

1. Milton, C. (2007). Evidence-Based Practice: Ethical Questions for Nursing. Nursing Science Quarterly, Vol, 20 N°2, April 2007, p. 123-126.
2. Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Health Administration: Ann Arbor Michigan.
3. European pain in cancer survey: a report http://www.paineurope.com/index.php?q=en/book_page/epic_surveys (retrieved 12.04.08).

It may not be good for your health but **it's great for your knowledge**

Is it lunchtime
in New York?

Are you on a tea break
in London?

Are you still working
in Paris?

Have you just finished
your shift in Moscow?

Are you on late night
duty in Sydney?

Are you travelling
to a conference?

MANILA | BUENOS AIRES | NEW YORK | TOKYO | TEL AVIV | LISBON

e-grandround

Free online educational events organised without commercial sponsorship by the European School of Oncology in collaboration with Nature Clinical Practice Oncology.

**Join us every other THURSDAY
from 18:15 to 19:00 hours CEST (Central European Summer Time)**

For further information please visit www.e-eso.net





Study of Letrozole extension

Nadia Munarini, IBCSG Coordinating Center, Bern



International Breast Cancer Study Group

IBCSG

PROTOCOL NEWS

Trial activation: November 8, 2007
Accrual (as of April 30, 2008: 113 patients).

The IBCSG 35-07/BIG 1-07 Study of Letrozole Extension (SOLE) was successfully launched on November 8, 2007! The trial has obtained regulatory approvals and has been activated in Belgium, Hungary, Italy, Sweden and Switzerland, and the first patient was randomized on December 5 in Belgium.

RATIONALE

The trial tests the hypothesis that introducing 3-month treatment-free intervals during the course of five years of extended adjuvant letrozole will improve disease-free survival. This hypothesis is based on the theoretical principle that letrozole withdrawal for 3 months will permit some estrogenic stimulation which makes residual resistant disease susceptible to letrozole reintroduction.

Trial Medication Administration

The trial medication letrozole is provided free of charge for both treatment arms. It should be taken into account that at each 6-month visit letrozole supplies consisting of packs containing 30 tablets should be dispensed to patients according to the treatment arm assigned:

- Continuous Arm 6 packs/6 months (180 tablets) for 5 years totalling 60 packs for the entire treatment duration
- Intermittent Arm 6 packs (180 tablets) at months 0, 12, 24, 36, 48, 54 and 3 packs (90 tablets) at months 6, 18, 30, 42, totalling 48 packs for the entire study duration

Randomization

In order to correctly stratify the patient at randomization to SOLE with respect to previous endocrine therapy, a code break for patients who previously participated in a blinded trial of endocrine therapy should be requested. For BIG 1-98 patients, the BIG 1-98 Code Break form (G) should be faxed to the IBCSG CC to request a code break. Question 3 (reason for code break) should be answered with

«4 (other specify below)» and «randomization to SOLE» should be written. The IBCSG CC will then perform the code break and send the results back to the center.

Please note: A code break for patients from BIG 1-98 should be requested only after all eligibility criteria are checked and after Informed Consent for SOLE has been signed by the patient.

Patient Population

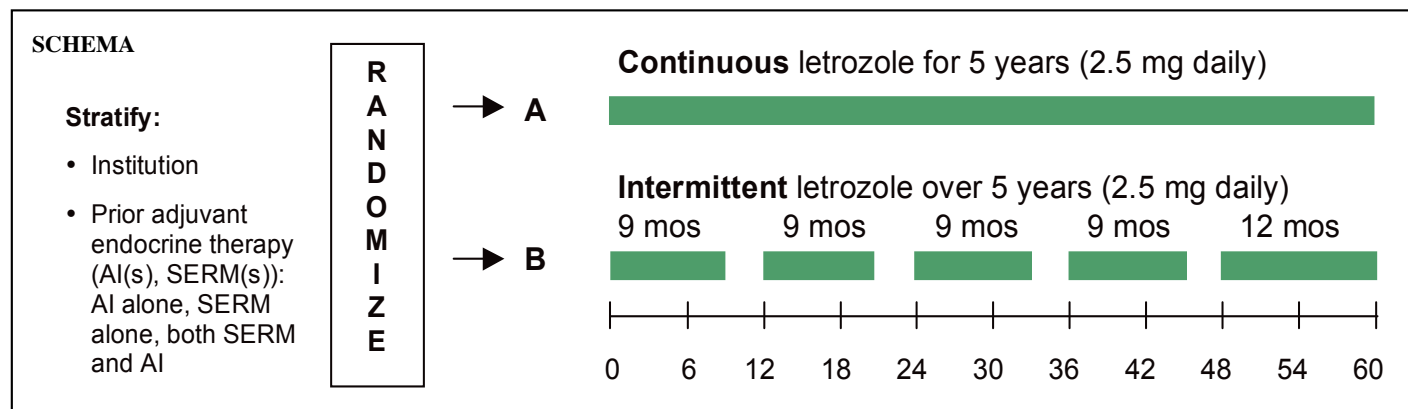
- Postmenopausal
- Disease-free
- Received 4 to 6 years of prior adjuvant endocrine therapy (SERM and/or AI)
- Endocrine-responsive breast cancer at diagnosis
- Node-positive breast cancer at diagnosis

Definitive Postmenopausal Status

Definitive confirmation of postmenopausal status is required.

- Any age with bilateral oophorectomy (including radiation castration AND amenorrheic for > 3 months)

TRIAL DESIGN



COOPERATIVE GROUPS

- Age 56 or older: if the patient has any evidence of ovarian function, biochemical evidence of definite postmenopausal status (defined as estradiol, LH, and FSH in the postmenopausal range) is required
- Age 55 or younger must have biochemical evidence of postmenopausal status

Note: Patients who have received prior LHRH analogue within the last year are eligible if they have biochemical evidence of postmenopausal status. All patients will be followed every 6 months for years 1 to 5, and thereafter yearly for assessment of disease status and for survival data collection.

Statistical Considerations

The trial is powered to detect a 20% relative reduction in the risk of a DFS event with intermittent letrozole vs. continuous letrozole. 4800 patients will be included during three years plus one year start-up time. Two interim and 1 final analysis are planned. For further information, and for any interest in participating in the trial, please contact us at the IBCSG Coordinating Center (sole@ibcsg.org).

GROUP'S LIFE

The IBCSG held its 31st Annual Meeting on April 19-22, 2008 in Budapest, Hungary. At this occasion, the various sub-committees held their meetings, and the IBCSG participants had the chance to meet in a beautiful city to discuss current trials, and ideas for new projects.

A Principal Investigators' meeting took place, allowing a more in-depth discussion of topics, and providing a forum for the younger generation of IBCSG investigators to participate actively in shaping the group and its research agenda. Several topics were discussed:

- Patient populations: future research priorities should focus on highly,

and incomplete endocrine responsive disease

- Ideas for new trials, including pre-operative anti-angiogenesis, or collecting annual blood samples for correlative research and for early detection of recurrence
- Importance and feasibility of long-term follow-up
- Role and membership of the IBCSG Scientific Committee
- Report on the successful grant application to the Susan G Komen for the cure Foundation to fund planned translational research in the BIG 1-98 and TEXT trials

The Foundation Council, headed since January 2008 by Prof. Rolf A. Stahel from Zürich, discussed and accepted a proposal for reorganization elaborated by a project group over the past months. In an effort to create a lean and efficient structure reflecting the «checks and balances» called for by the rules of good corporate governance, the roles and responsibilities of several committees are streamlined. The Foundation Council has the overall responsibility of the organization. The Executive Committee is incorporated into the Foundation Council and supervises the operation of the group. The Scientific Committee acts as an

advisory to the Foundation Council for all scientific matters. Anita Hiltbrunner has been entrusted with the newly created position of IBCSG Director. This timely renovation renders IBCSG ready to face the many challenges of today's clinical research environment.

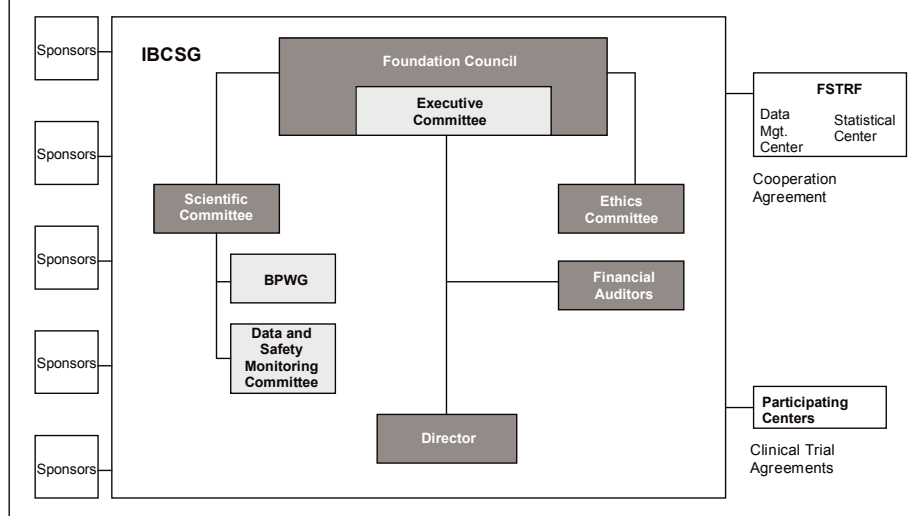
The IBCSG Annual Meeting was followed by a one-day symposium organized by Prof. I. Lang from the National Institute of Oncology of Budapest, with the title 'Emerging evidences and remaining questions in management of breast cancer'. There was a rich panel of speakers, among them some Swiss investigators (Prof H.-J. Senn, Prof. B. Thürlimann, Dr. B. Pestalozzi).

A beautiful part of the meeting was the relaxing and delicious dinner held on a boat on the river Danube.

Correspondence:

Nadia Munarini, PhD
IBCSG Coordinating Center
Effingerstrasse 40
3008 Berne
Tel. +41 31 389 92 27
nadia.munarini@ibcsg.org
www.ibcsg.org

IBCSG Organigram





Real Hope for Extended Survival

***Temodal® is the Standard Treatment
for Patients with Malignant Glioma ^{1,2,3}***

Temodal®
temozolomide
capsules



Temodal Product Information Summary. Indications: For treating newly diagnosed Glioblastoma multiforme in combination with radiotherapy and then as maintenance therapy; for treating recurring malignant gliomas such as Glioblastoma multiforme and anaplastic astrocytoma. **Dosage for adults 18 and older:** Newly diagnosed Glioblastoma multiforme: Combination therapy: Temodal is administered in a dose of 75 mg/m² for 42 days together with radiotherapy (60 Gy in 30 fractions). Maintenance therapy: 4 weeks after ending the combination therapy Temodal + radiotherapy, Temodal is administered for 6 additional cycles. The dosing in the first cycle is 150 mg/m² once daily over 5 days followed by 23 days with no treatment. Starting from the second cycle the dose is increased to 200 mg/m², if the CTC non-hematological toxicity in the first cycle is ≤ Grade 2 (except for alopecia, nausea and vomiting), the ANC is ≥ 1.5 x 10⁹/l and the thrombocyte count is ≥ 100 x 10⁹/l. Recurring malignant glioma: Without previous chemotherapy: Temodal is used orally in a dose of 200 mg/m² per body surface area once daily over 5 days per 28-day therapy cycle. With previous chemotherapy: A reduced initial dose of 150 mg/m² once daily is recommended in the first cycle. Starting from the second cycle the dosage is increased to 200 mg/m²/day, provided the ANC is ≥ 1.5 x 10⁹/l and the thrombocyte count is ≥ 100 x 10⁹/l on the first day of the next cycle. **Dosage for children 3-18 years of age:** The same as for adult patients; however, there is still little experience with that dosage. **Contraindications:** Hypersensitivity to one of the ingredients of Temodal or to dacarbazine. Pregnancy and lactation. Severe myelosuppression. Severe kidney insufficiency and severe liver insufficiency. **Precautionary measures:** Pneumocystis carinii prophylaxis when Temodal is combined with radiotherapy. All patients who are given Temodal, especially those who are given steroids, must be monitored closely for the development of Pneumocystis carinii Pneumonia. Newly diagnosed Glioblastoma multiforme: antiemetic prophylaxis during combination therapy and maintenance therapy. Recurring malignant glioma: antiemetic therapy in the case of severe vomiting (Grade 3 and 4) in previous therapy cycles. **Adverse side effects:** Nausea, vomiting, myelosuppression, alopecia, fatigue, constipation, headache. **Packaging:** 5 mg capsules: 5 and 20, 20 mg capsules: 5 and 20, 100 mg capsules: 5 and 20, 250 mg capsules: 5, List A. For more information see the Medicines Compendium of Switzerland, 00-13d, ESSEX Chemie AG, 6000 Luzern 6. **References:** 1) Stupp R et al. Radiotherapy plus concomitant and adjuvant temozolomide for glioblastoma. N Engl J Med. 2005 Mar 10;352(10):987-96. 2) Yung WK et al. Multicenter phase II trial of temozolomide in patients with anaplastic astrocytoma or anaplastic oligoastrocytoma at first relapse. Temodal Brain Tumor Group. J Clin Oncol. 1999 Sep;17(9):2762-71. Erratum in: J Clin Oncol 1999 Nov;17(11):3693. 3) Yung WK et al. A phase II study of temozolomide vs. procarbazine in patients with glioblastoma multiforme at first relapse. Br J Cancer. 2000 Sep;83(5):588-93.

Focus on the clinical trials at the 11th Annual Meeting of the International Extranodal Lymphoma Study Group (IELSG) investigators held in Lugano on April 25-26, 2008

Emanuele Zucca, Oncology Institute of Southern Switzerland, Bellinzona

The continuous contribution of different international Institutions during the last ten years, has allowed the IELSG to improve our knowledge on the biology and therapy of the extranodal lymphomas. The 11th annual meeting of the IELSG has been held in Lugano on April 25-26, 2008, with the participation of approximately 80 investigators coming from many countries, from China to the USA. The discussion of the ongoing studies of the group and the planning of the future ones, were the aim of the meeting. The final results of two important clinical trials of the group were presented, the IELSG-10 study on testis lymphoma and the IELSG-20 study on primary lymphoma of the central nervous system. These successful studies have been selected for oral presentation at the 10th International Conference on Malignant Lymphoma (Lugano, Switzerland, June 3-7, 2008) and at the 13th Congress of the European Hematology Association (Copenhagen, Denmark, June 12-15, 2008).

Here we will summarize the results of these completed studies and provide some information on the other clinical studies of the IELSG, which are currently accruing patients.

Completed clinical studies

IELSG-10 «A phase II study of CHOP plus Rituximab, with intrathecal methotrexate followed by radiotherapy, in patients with primary testicular non-Hodgkin's lymphoma»

(Study Chair: U Vitolo, Turin, Italy; A Sarris, Athens, Greece, M. Gospodarowicz, Toronto, Canada; E Zucca and F Cavalli, Bellinzona, Switzerland)

Primary diffuse large cell lymphoma of the testis has been recognized as

a highly lethal condition, with long-term survival rates usually below 30% and consistently poorer than in most lymphomas of similar histology arising in lymph nodes or at other external sites.

This is a prospective study designed on the basis of the results provided by the IELSG 5 (Retrospective evaluation of primary testicular lymphomas), which showed continuous risk of recurrence especially in the CNS, contralateral testis and other extranodal sites and suggested that proper therapy for this lymphoma location should include post-orchietomy chemotherapy with anthracycline containing regimens and contralateral scrotum irradiation plus intrathecal prophylaxis of CNS relapses.

The study prospectively tested the feasibility and efficacy of the combined systemic chemotherapy (CHOP regimen) plus immunotherapy (Rituximab) in combination with intrathecal Methotrexate prophylaxis and radiotherapy (scrotal contralateral irradiation for stage I disease, involved fields radiotherapy for stage II disease). The aim of this study was to provide adequate experience to propose this approach as the minimum standard treatment of diffuse large cell lymphoma of the testis.

The final results of the IELSG-10 study were presented by Umberto Vitolo from the Ospedale Molinette, Turin Italy.

Fifty-three patients (median age 64 years) with untreated stage I-II primary testicular lymphoma were enrolled and treated with: standard doses R-CHOP21 for 6-8 courses; intrathecal methotrexate (IT MTX) 15mg for 4 doses; 30Gy scrotal radiotherapy to the contralateral testis for all patients and 30-36Gy regional RT to lymph nodes for stage II patients.

At a median follow-up of 42 months the 3-yr overall survival (OS) and 3-yr progression-free survival (PFS) were: 86% and 83%, respectively. Eight patients relapsed or progressed: 2 in nodal sites, 4 in extranodal +/- nodal and 2 in CNS (1 isolated meningeal and 1 meningeal + nodal). The actuarial risk of CNS relapse at 3-yr, considering competitive risks of death, was only 2% (95% CI 0-5%). No contralateral testis relapses occurred. Nine patients died: 4 of DLBCL, 1 of colon carcinoma and 2 of AML 4 while in CR. Grade 3-4 toxicities were: leukopenia 27% and neurological 13%. Infections were recorded in only 2 patients with no other extrahematological toxicities. No toxic deaths occurred. In conclusion, a treatment strategy based on R-CHOP21 with complete CNS and scrotal prophylaxis improved the outcome of primary testicular lymphoma compared with literature data. Contralateral testis relapses were not observed and the incidence of CNS relapse was low.

IELSG-20 «Randomized phase II trial on chemotherapy with high-dose methotrexate, alone or associated with high-dose cytarabine, followed by response- and age-tailored radiotherapy in primary CNS lymphoma»
(Study Chair: AJM Ferreri and M Reni Milan, Italy; E Zucca and F Cavalli, Bellinzona, Switzerland)

The final results of the IELSG-20 study were presented by Adres Ferreri from the Ospedale San Raffaele in Milan, Italy.

This multicentre open label randomized phase II trial, was aimed to compare the antitumor activity of the sole high-dose methotrexate (MTX) with the combination of high-dose MTX and high-dose cytarabine (araC) as primary chemotherapy. The ration-

ale of the study is based on the fact that MTX-based chemotherapy is the conventional approach to primary central nervous system lymphoma (PCNSL) and superiority of polychemotherapy over MTX alone is unproven but a benefit of adding araC to MTX has been suggested by a meta-analysis and a large retrospective study.

Eligible PCNSL patients (HIV-negative, any aggressive histological type, aged 18-75 years, ECOG performance status of 0-3) were randomized to receive 4 courses (at 3-week intervals) of MTX (3.5 g/mq d1) or MTX (same dose) plus araC (2 g/mq x 2/d, d 2-3). In both study arms, the chemotherapy program was followed by radiotherapy (RT) in responding patients, but in patients older than 60 years this radiotherapy was at investigator's discretion. Stratification was based on the centre RT policy for patients older than 60 years in complete remission (CR) and the IELSG score (defined by the presence or absence of the following variables: age >60 years, performance status >1, elevated LDH, high CSF protein concentration, involvement of deep regions of the brain). CR rate after chemotherapy was the primary endpoint.

Seventy-nine patients (median age 58 years) were randomized to receive MTX (N=40) or MTX-araC (N=39). IELSG score showed low risk in 22 (28%) patients, intermediate risk in 48 (61%) and high risk in 9 (11%). Sixty-nine patients (87%) had a diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL). Ocular and meningeal disease were detected in 14% and 7% of cases, respectively. No differences in patient characteristics between arms were observed.

In the whole study 73% of the planned courses were actually delivered (MTX 71%; MTX-araC 76%). Chemotherapy was interrupted due to progressive disease in 50% of patients in the MTX arm and 21% in the combination arm ($p<0.001$). As expected, severe myelotoxicity was significantly more common in the MTX-araC arm.

The overall response rate (partial and complete remissions) was 43% in the MTX arm and 69% in the combination arm, with CR rates of 18% and 46%, respectively ($p=0.0002$).

Notably, this is the first randomized trial on PCNSL with completed accrual. The addition of araC to MTX was associated with significantly better outcome and acceptable toxicity. Therefore, MTX+araC may be the control arm for future randomized trials of the IELSG.

Ongoing clinical studies

Other IELSG clinical trials are still ongoing including a three-arm phase-III study of chlorambucil vs rituximab vs chlorambucil plus rituximab study in MALT lymphomas (IELSG-19), a phase II study of Bortezomib in relapsing MALT lymphoma (IELSG-25) and two studies (IELSG-26 and IELSG-27) addressing the treatment of mediastinal lymphoma and ocular adnexal lymphomas.

IELSG-19 «Multicenter randomized trial of chlorambucil versus chlorambucil plus rituximab in extranodal marginal zone B-cell lymphoma of mucosa associated lymphoid tissue (MALT lymphoma)» (Study Chair: E Zucca, Bellinzona, Switzerland, E Montserrat, Barcelona, Spain, C Thieblemont, Lyon, France, G Martinelli, Milan, Italy, P Johnson, Southampton, UK, M Martelli, Rome, Italy)

The aim of the IELSG 19 study is to assess the therapeutic activity and safety of the combination of Chlorambucil and Rituximab in MALT lymphomas and to determine whether the addition of Rituximab to Chlorambucil will improve the outcome of MALT lymphoma in comparison to treatment with either Chlorambucil or Rituximab alone. All the MALT lymphoma patients with localised disease at any site who do not respond to local therapy, the H.pylori-negative gastric lymphomas or those who failed antibiotic therapy are eligible as well as those with disseminated or multifocal MALT lymphoma at any extranodal site. At the end of April 2008, 334 patients were randomised. The study is ongoing and its design is summarized in Figure 1.

IELSG-25 «Phase II Study of Bortezomib (Velcade®) in patients with extranodal marginal zone B-cell lymphoma of MALT-type pretreated with prior systemic therapy»

(Study Chair: E Zucca, F Cavalli, Bellinzona, Switzerland; A Conconi, Novara Italy)

Open only at some selected centres, this phase II study is investigating the activity and safety of Bortezomib in MALT lymphoma. Twenty-five patients have entered the study. Preliminary data presented by A Conconi at the American Society of Hematology annual meeting in 2007 and at the 10th International Conference on Malignant Lymphoma in 2008 seems to suggest that bortezomib is active (with complete response in approximately one third of the evaluated patients and an overall response rate of 64%) and safe in relapsed or refractory MALT lymphomas.

IELSG-26 «Clinico-pathologic study of primary mediastinal B-cell lymphoma»

(Study Chair: P Johnson, Southampton, UK, E Zucca, Bellinzona, Switzerland, PL Zinzani, Bologna, Italy, M Martelli, Roma, Italy, A Lopez-Guillermo, Barcelona, Spain)

The WHO classification recognises primary mediastinal B-cell lymphoma (PMBL) as a distinct entity. The pathobiology of PMBL has been widely studied but it is still debated. The optimum chemotherapy schedule is unclear. Although randomised studies have not shown a significant difference between CHOP and more dose-dense third generation regimens such as MACOP-B in large cell lymphoma, a previous IELSG retrospective study suggested that outcomes were better in patients treated with dose-dense regimens by comparison with conventional CHOP. Other studies suggested that the inclusion of Rituximab as part of initial CHOP-like therapy for PMBL can clearly improve the outcome. The role of mediastinal radiotherapy is also unclear. Retrospective series suggest that the best outcomes are seen where consolidation radiotherapy is given to

COOPERATIVE GROUPS

the mediastinum, particularly among the large proportion of patients with residual masses at the completion of chemotherapy. However, there are still large numbers of patients cured by chemotherapy alone in other series, and the long-term toxicity of irradiation, particularly the risks of second malignancy, should be avoided if possible. Moreover, the effect of adding Rituximab to the chemotherapy may alter the utility of subsequent irradiation. This prospective multi-centre cohort study has been designed to investigate the diagnostic and prognostic utility of PET scan in primary mediastinal lymphoma. Aims of the study are the determination of response rate on PET scanning following initial chemo-immunotherapy and a systematic analysis of the phenotype and molecular characteristics of Primary Mediastinal Large B-cell Lymphoma. Patients can be enrolled on the basis of the clinical and pathologic characteristics of their lymphoma. PET scans will be performed at the start of chemotherapy and at its conclusion, with central review of the images for quality control. Interim (mid-treatment) PET scans are permitted according to normal practice in each centre, but will not be reviewed centrally. Patients will receive one of the standard chemo-immunotherapy protocols currently in use for diffuse large B-cell lymphoma (i.e., R-CHOP-21, R-CHOP-14, R-MACOP-B, R-VACOP-B, R-ACVBP). Consolidation radiotherapy to the mediastinum will be carried out according to the local protocol of the treating centre.

IELSG-27 «A Clinico-pathological phase II study with translational elements to investigate the possible infective causes of MALT lymphoma of the ocular adnexa with particular reference to *Chlamydia* species and the effects of treatment with tetracycline»

(Study Chair: Andrés J. M. Ferreri, Milan, Italy, John Radford, Manchester, UK)

The possibility that OAL (lacrimal gland, conjunctiva and orbital soft tissue)

arise in the context of a chronic infection has been suggested, however, the source of the involved antigen(s) remains to be clarified. *Chlamydia psittaci* DNA has been detected in 80% of Italian patients with OAL. *Ch. psittaci* is the etiologic agent of psittacosis, a human infection caused by exposure to infected birds, cats and other pets. This microorganism is an obligate intracellular bacterium growing in eukariotic cells, and has a tendency to cause persistent infections. In particular, *Ch. psittaci*-associated follicular conjunctivitis may favor the development of OAL through a chronic antigenic stimulation. Analogous to gastric lymphomas, where *Helicobacter pylori* eradication is a well established therapeutic strategy, eradication of *Ch. psittaci* infection may constitute an attractive, novel therapeutic approach for OAL. A recent trial provided evidence for an antibiotic treatment with doxycycline as a novel active strategy in some OAL showing objective lymphoma response in half of the patients. These observations require confirmation. This study is addressing the geographic variability of the association between *Chlamydia psittaci* infection and ocular adnexa lymphoma and will

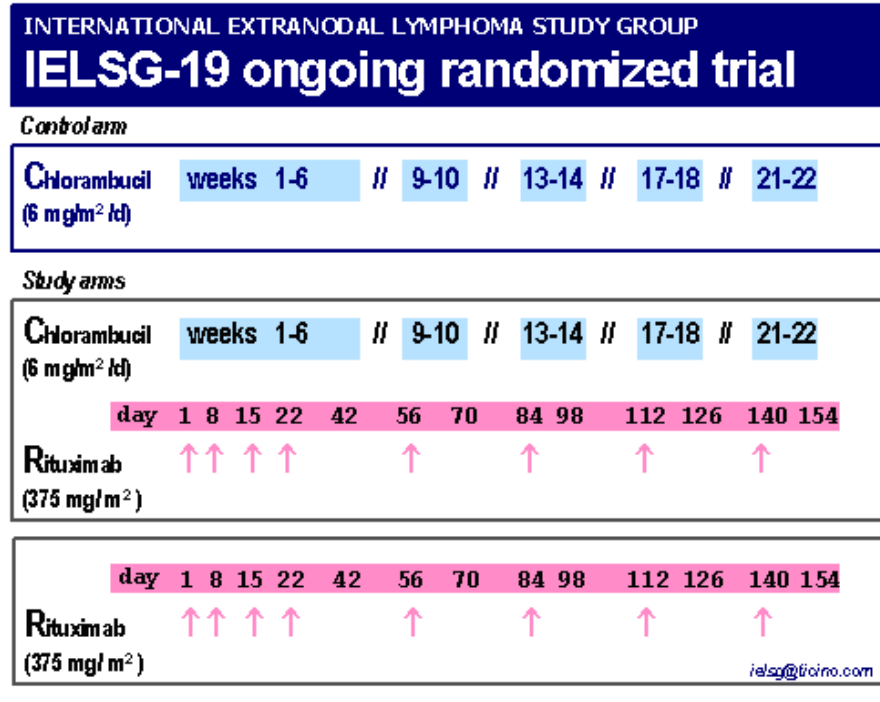
explore the utility of a first line therapy of ocular adnexal MALT lymphoma with antibiotics alone (doxycycline 100 mg, bid orally, for 3 weeks) attempting to correlate the treatment response to molecular genetic findings. The primary endpoint of the trial is the objective lymphoma response rate following *Ch. psittaci* eradication as assessed by MR imaging.

The next clinical studies to be opened by the IELSG will comprise new clinical trials on the treatment of testis lymphomas and the primary CNS lymphomas as well as prospective collection of clinical information on the treatment of breast lymphoma and intravascular lymphoma. The protocols are in preparation and further relevant information will be posted on the website (www.ielsg.org)

Correspondence address:

PD Dr. med. Emanuele Zucca
Oncology Institute of Southern
Switzerland
Ospedale San Giovanni
CH-6500 Bellinzona
Tel. +41 91 811 90 40
Fax +41 91 811 91 82
ielsg@ticino.com

Figure 1. IELSG 19 Study design



Possible progressive multifocal leucoencephalopathy in a patient with chronic lymphocytic leukemia

Anastasios Stathis, Emanuele Zucca, Franco Cavalli

Oncology Institute of Southern Switzerland, Ospedale San Giovanni, Bellinzona

Introduction

Progressive Multifocal Leucoencephalopathy (PML) is a demyelinating disease of the central nervous system (CNS) caused by a reactivation of the polyomavirus JC (JCV) that has been described almost exclusively in immunosuppressed individuals¹. The first descriptions of the disease were made fifty years ago in patients with Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL) and Hodgkin's Lymphoma², but today JCV represents a major opportunistic infection in HIV-positive patients and PML is most frequently associated with AIDS. However, in a lower percent of cases, PML is associated with other diseases such as hematologic malignancies, transplant recipients and chronic inflammatory diseases^{3,4}. A high mortality rate is associated with PML and there is no specific treatment⁵. Here we present the case of a 61-year old man with a history of CLL diagnosed in 1996 and treated over the years with chemotherapy and Rituximab, who presented, while he was in treatment with Lenalinomide, with right hand weakness causing difficulty writing. A magnetic resonance imaging (MRI) was performed showing an increased signal in the subcortical area of the left frontal lobe on T2-weighted images. An initial workup for stroke was negative and subsequent exams failed to show a tumoral etiology. A second MRI performed two weeks later showed a progression of lesions and a diagnosis of possible Progressive Multifocal Leucoencephalopathy was entertained on the basis of history and MRI findings.

Case report

In 1996 at the age of fifty years, on a routine examination the patient was

discovered to have a RAI II asymptomatic CLL (white blood cell count 17 G/l and mild splenomegaly). No specific therapy was given and he was well for the next three years. In 1999, white blood cell (WBC) count increased to 71 G/l and he presented lymphadenopathies. Therefore, he was started on therapy with Fludarabine single agent for five courses followed by three additional courses of Fludarabine plus Rituximab and achieved a complete remission. Between January and September 2002 he was treated again with six courses of the R-FC regimen (Fludarabine-Cyclophosphamide plus Rituximab) because of widespread lymphadenopathies and splenomegaly and achieved a second complete remission. During this treatment period he presented several infective complications and had to be admitted in hospital for treatments (he received antibiotics for pneumonia and erysipelas while he had also a case of thigh abscess treated with surgery and antibiotics). Low IgG (5.73 g/l, reference range 7-16 ng/l) and CD4 T-cell (106 cells/ μ l) counts were found and he was started on intravenous immunoglobulin and prophylactic Valacyclovir. He remained free of chemotherapy for other three years till January 2006, when he presented again an increase in WBC count (33G/l) and a low platelet count (109 G/l) and started on a treatment first with oral Fludarabine-Cyclophosphamide plus Rituximab for 3 courses, followed then by other four intravenous courses of the same regimen with normalization of peripheral blood cell count. In July 2007 his WBC went up to 26 G/l and platelets down to 109 G/l and he was started on Lenalidomide, an analog of Thalidomide with a recently reported activity in relapsed and refractory CLL.

Prior to starting on this medication, at the end of June, he presented with right hand weakness, starting at the level of the fourth and fifth fingers, which caused difficulty writing and driving. The weakness had worsened while he was in Lenalinomide treatment and an MRI was performed showing hyperintense signal in the subcortical area of the left frontal lobe. A workup for stroke was negative while electromyography excluded peripheral nervous system problem. On neurologic examination he presented decreased strength on the right hand with decreased light touch over the right III to V fingers as well as decreased proprioception in the right IV and V finger. A cerebrospinal fluid (CSF) exam was performed showing protein at 474 mg/l, 9 white blood cell/ μ l, normal glucose and negative PCR for polyoma virus JC/BK virus, Cytomegalovirus (CMV), Epstein-Barr virus (EBV), Hepes Simplex 1 and 2 virus (HSV), Human Herpesvirus 6 (HHV) and Varicella Zoster virus (VZV). Cytology was negative for malignant cells. A repeat MRI of the brain showed a moderate progression of the lesions and a diagnosis of possible PML was entertained on the basis of history and MRI findings. Lenalinomide was discontinued and he was started on serotonin 5HT2a blockers (mirtazapine 30mg/die). A second CSF was performed three weeks after the first one and showed protein at 390 mg/l, 3 white blood cell/ μ l, 1 red blood cell, normal glucose, negative cytology, negative PCR for JC and EBV virus. Flow cytometry of CSF showed very scanty B cells arguing against B cell lymphoma/leukemia. A MRI and MR spectroscopy showed for the first time a faint contrast enhancement of the lesions. A peripheral T-cell subsets

analyses at that moment showed low CD4/CD8 ratio at 0.5 but the absolute CD4 T-cell number was not decreased (850 cells/ μ l). Absolute lymphocytes were 22 G/l.

Although a brain biopsy was not performed in order to avoid the associated mortality and morbidity risks and thus it was not possible to formally confirm the diagnosis, the exclusion of other infective, tumoral or vascular etiologies made PML the most likely diagnosis. Based on some reports of patients with PML, who had a stabilization after chemotherapy with Cytarabine, he had a 5-day course of intravenous cytarabine, with an important myelotoxicity. One month after this therapy he experienced a seizure and was hospitalized. Despite this complication, his general and neurological state remained stable. An experimental procedure which is based on the use of Fludarabine-Cyclophosphamide followed by adoptive transfer of CD3/CD28 ex vivo costimulated autologous T-cells for CLL and PML was then undertaken and is actually ongoing. Almost ten months after the first neurological symptoms the patient is still alive and essentially stable.

Discussion

Viral opportunistic infections represent a well known problem and a potentially cause of death in immunocompromised patient. Some patients with haematological malignancies may be at a particularly increased risk of viral complications, due to the immunosuppressive state either directly associated with the underlying disease or derived from the use of some immunosuppressive anti-tumour treatments.

PML is a demyelinating disorder of the central nervous system (CNS) caused by reactivation of a clinically latent JC polyomavirus infection. Asymptomatic primary infection with JCV occurs in childhood and antibodies can be found in more than 80 percent of healthy adults⁶. After

primary infection, the virus remains latent in tubular epithelial cells of the kidneys and lymphoid organs, but in the context of profound cellular immune deficiency it may reactivate, spread to the brain where it infects and destroys oligodendrocytes, leading to multifocal areas of demyelination and associated neurologic dysfunction⁷. Different diseases and some medical therapies impairing cellular immunity can be the cause of JC virus reactivation. In a series of 89 patients from Beth Israel Deaconess Medical Center with proven or possible PML diagnosed between 1995 and 2005, 71% had AIDS, 15.7% hematologic malignancies, 5.6% were recipients of bone marrow or solid organ transplant, 3.4% had prolonged corticosteroid use, 1.1% solid organ malignancy, 1.1% granulomatous disease, 1.1% hepatitis C and 1.1% isolated CD 8 T-cell lymphopenia⁸. Furthermore, PML was described in 3 patients (2 with multiple sclerosis and one with Crohn disease) treated with Natalizumab, a novel immunomodulatory medication that prevents normal trafficking of leukocytes (a humanized monoclonal antibody against leukocyte α 4-integrins)⁹⁻¹¹. In the 1980s, PML was recognized as a major opportunistic infection in AIDS patients, occurring in up to 5% of cases. The incidence did not decrease significantly despite the improvements in antiretroviral therapy⁵.

Among HIV-negative patients with underlying hematologic malignancies, the prevalence of PML has been estimated in some recent series between 0.07³ and 3.3 percent¹². Most of our knowledge for PML in HIV-negative patients derives from single cases reports. Garcia-Suarez and colleagues collected and reviewed 46 cases of PML in patients with hematologic malignancies, published from 1958 to 2004. They found that while Hodgkin's lymphoma was the leading underlying condition before 1989, after 1990 PML was almost exclusively associated with two groups of patients: CLL patients treated with Fludarabine and heavily pretreated patients with aggressive non Hodgkin

Lymphoma after bone marrow transplantation³. Recently, PML has been described in some patients after treatment with the monoclonal anti-CD20 antibody Rituximab¹³.

PML lesions are located mainly in the white matter and the disease usually manifests with subacute neurologic deficits such as weakness (hemiparesis or monoparesis), altered mental status, appendicular or gait ataxia and visual symptoms (hemianopsia, diplopia). Sometimes, white matter lesions that undercut relevant cortical areas may lead to symptoms indicative of a cortical disorder (ad example aphasia)⁵. Furthermore, seizures which are a manifestation of gray matter cortical dysfunction can be present in up to 18% of patients with PML as described by Lima and colleagues. The presence of PML lesions immediately adjacent to the hemispheric cortex was the only risk factor associated with seizures. These lesions could act directly as excitatory foci⁸.

Stereotactic brain biopsy represents the gold standard for diagnosis of PML with a reported sensitivity in AIDS patients of 64 to 96 percent and a specificity of 100 percent. However, not in all cases is possible to perform a brain biopsy and furthermore it may be associated with clinically significant morbidity and mortality. Diagnosis of PML can be made also by detection of JCV in the cerebrospinal fluid by polymerase chain reaction (PCR) for virus DNA. Finally, in some cases a diagnosis of «possible PML» can be established and patients managed accordingly, when there are clinical and radiological findings consistent with PML, but in the absence of histological or laboratory (positive PCR on CSF examination) confirmation¹⁴. The typical appearance of PML imaging studies is that of symmetric or asymmetric multifocal areas of white matter demyelination. On magnetic resonance imaging (MRI), they are seen as areas of decreased signal on T1-weighted images and increased signal on T2-weighted images^{15,16}. The lesions of

PML are generally not contrast-enhancing and are not surrounded by edema. However, atypical enhancing PML lesions, which have been biopsy-proven, have been described in some studies, both in AIDS patients who initiated highly active antiretroviral therapy (HAART) as well as in patients without HIV infection.^{1,17,18} These atypical inflammatory lesions may become more common in AIDS patients as the presentation of PML is altered by immune reconstitution with antiretroviral therapy.

In the case here reported, a brain biopsy was not performed to avoid the associated risks and JC virus PCR performed on the CSF was negative. However, patient's history (long-term data CLL treated over the years with repeated immunosuppressive regimens) together with MRI findings and exclusion of other neurologic conditions, strongly suggested a PML. Infective complications represent a major problem in CLL patients due to the immunosuppressive state associated to the disease and treatments. The patient had an impaired immune system (he had several infective complications, low CD4 count during Fludarabine courses). However at the moment of the second CSF a peripheral T-cell subsets analyses showed that the absolute CD4 T-cell number was not decreased and thus patient's immune system had recovered since the last Fludarabine and Rituximab treatment. This can probably explain why PCR for JC virus on CSF was negative. In fact, the sensitivity of PCR for the diagnosis of PML in patients with HIV infection appears to be declining since the advent of HAART therapy, probably because HAART-induced recovery of the immune system leads to decreased viral replication and clearance of JCV DNA from CSF¹⁹. A partial immune reconstitution of the patient at the moment of neurological symptoms onset, can also explain the contrast enhancement of the lesions on MRI.

Prognosis of established PML is usually very poor, although in HIV-positive patients, the advent of HAART

clearly improved the 1-year survival²⁰. There is no specific treatment for PML and different drugs have been tried empirically. Cidofovir, a potent drug against Cytomegalovirus, showed no benefit for PML patients. On the other hand Cytarabine demonstrated some activity in HIV negative patients with disease stabilization at 1 year. Mirtazapine, a serotonin receptor antagonist is empirically in use because it is believed that JCV penetrates into glial cells using 5-hydroxytryptamine-2a serotonin receptors⁵. The patient after a course of Cytarabine was referred to an investigational treatment based on the possibility to improve cellular immunity against JCV by adoptive transfer of autologous T-cells ex vivo costimulated.

In conclusion, PML should be suspected in patients with hematological malignancies presenting with neurological symptoms and MRI findings suggestive of white matter demyelination. If brain biopsy is contraindicated or not possible, a CSF examination for JCV-DNA PCR should be performed. As previously reported, negative PCR does not exclude the possibility of PML. CSF examination is important also to rule out other conditions such as infective diseases or tumor cells. Prognosis of patients with PML is poor but there are some reports of long survival patients and disease stabilization with use of Cytarabine chemotherapy and serotonin 5HT_{2a} blockers. New therapeutical approaches are in progress. Given the low number of PML cases in AIDS negative patients, a multicenter international register could be useful for registering all cases of patients with hematological malignancies, which should permit to perform studies with a high number of patients and eventually evaluate treatment possibilities.

References

1. Koralnik IJ. New insights into progressive multifocal leukoencephalopathy. *Curr Opin Neurol*. 2004;17:365.
2. Astrom KE, Mancall EL, Richardson EP. Progressive multifocal leukoencephalopathy. *Brain*. 1958;81:93.

3. Power C, Gladden JG, Halliday W, Del Bigio MR, Nath A, Ni W, Major EO, Blanchard J, Mowat M. AIDS- and non-AIDS-related PML association with distinct p53 polymorphism. *Neurology*. 2000;54:743.
4. Koralnik IJ, Schellingerhout D, Frosch M. Case records of the Massachusetts General Hospital. Weekly clinicopathological exercises. Case 14-2004. A 66-year-old man with progressive neurologic deficits. *N Engl J Med*. 2004;350:1882.
5. Koralnik IJ. Progressive multifocal leukoencephalopathy revisited: Has the disease outgrown its name? *Ann Neurol*. 2006;60:162.
6. Weber T, Trebst C, Frye S, Cinque P, Vago L, Sindic CJM, Schulz-Schaeffer WJ, Kretzschmar HA, Enzensberger W, Hunsmann G, Luke W. Analysis of the systemic and intrathecal humoral immune response in progressive multifocal leukoencephalopathy. *J Infect Dis*. 1997;176:250.
7. Berger JR, Koralnik IJ. Progressive multifocal leukoencephalopathy and natalizumab - unforeseen consequences. *N Engl J Med*. 2005;353:414.
8. Lima MA, Drislane FW, Koralnik IJ. Seizures and their outcome in progressive multifocal leukoencephalopathy. *Neurology*. 2006;66:262.
9. Kleinschmidt-DeMasters BK, Tyler KL. Progressive multifocal leukoencephalopathy complicating treatment with natalizumab and interferon beta-1a for multiple sclerosis. *N Engl J Med*. 2005;353:369-374.
10. Langer-Gould A, Atlas SW, Green AJ, Bollen AW, Pelletier D. Progressive multifocal leukoencephalopathy in a patient treated with natalizumab. *N Engl J Med*. 2005;353:375-381.
11. Van Assche G, Van Ranst M, Sciot R. Progressive multifocal leukoencephalopathy after natalizumab therapy for Crohn's disease. *N Engl J Med*. 2005;353:362-368.
12. García-Suárez J, de Miguel D, Krsnik I, Bañas H, Arribas I, Burgaleta C. Changes in the natural history of progressive multifocal leukoencephalopathy in HIV-negative lymphoproliferative disorders: impact of novel therapies. *Am J Hematol*. 2005;80:271.
13. Pelosini M, Focosi D, Rita F, Galimberti S, Caracciolo F, Benedetti E, Papineschi F, Petrini M. Progressive multifocal leukoencephalopathy: report of three cases in HIV-negative hematological patients and review of literature. *Ann Hematol*. 2008 May;87(5):405-12. Epub 2007 Dec 7.
14. Cinque P, Koralnik IJ, Clifford DB. The evolving face of human immunodeficiency virus-related progressive multifocal leukoencephalopathy: defining a consensus terminology. *J Neurovirol*. 2003;9 Suppl 1:88.
15. Skiest DJ. Focal neurological disease in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Clin Infect Dis*. 2002;34:103.

16. Whiteman M, Post MJ, Berger LG. Progressive multifocal leukoencephalopathy in 47 HIV-seropositive patients: Neuroimaging with clinical and pathologic correlation. *Radiology* 1993; 187:233.

17. Du Pasquier RA, Koralnik IJ. Inflammatory reaction in progressive multifocal leukoencephalopathy: harmful or beneficial? *J Neurovirol.* 2003;9 Suppl 1:25.

18. Huang D, Cossoy M, Li M, Choi D, Taege A, S.M. S, Rehm S, Ransohoff RM. Inflammatory progressive multifocal leukoencephalopathy in human immunodeficiency virus-negative patients. *Ann Neurol.* 2007;62:34.

19. Marzocchetti A, Di Giambenedetto S, Cingolani A, Ammassari A, Cauda R, De Luca A. Reduced rate of diagnostic positive detection of JC virus DNA in cerebrospinal fluid in cases of suspected progressive multifocal leukoencephalopathy in the era of potent antiretroviral therapy. *J Clin Microbiol.* 2005;43:4175.

20. Antinori A, Cingolani A, Lorenzini P. Clinical epidemiology and survival of progressive multifocal leukoencephalopathy in the era of highly active antiretroviral therapy: data from the Italian Registry Investigative Neuro AIDS (IRINA). *J Neurovirol.* 2003;9 Suppl 1:47.

Correspondence address:

PD Dr. med. Emanuele Zucca
Oncology Institute of Southern
Switzerland
Ospedale San Giovanni
CH-6500 Bellinzona
Tel. +41 91 811 90 40
Fax +41 91 811 91 82
emanuele.zucca@eoc.ch

IARC Governing Council elects new Director

The Governing Council of the International Agency for Research on Cancer at its ordinary meeting May 14-16, 2008 elected a new Director, Professor Christopher Wild for a five-year term. He will take office January 1, 2009.

Dr Christopher Wild, former Chief of the Unit of Environmental Carcinogenesis at IARC (1995 – 1996), is now Professor of Molecular Epidemiology and Director of the Leeds Institute of Genetics, Health, and Therapeutics (LIGHT, Leeds, UK). He was also Chair of the UK Molecular Epidemiology Group, and is a senior editor of *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* (Philadelphia, PA, USA), and a member of the UK Biobank Ethics and Governance Council (London, UK). His research focuses on understanding the interaction of environmental and genetic risk factors in disease. His long list of publications includes studies on the effects of dietary carcinogens and the causes of oesophageal cancer.

«We can now fully integrate laboratory science and population-based research in order to achieve the goal of cancer prevention,» said Professor Wild. «Also, given the growing cancer burden in low- and medium-resource countries, the Agency needs to develop further a particular focus on these regions of the world.»

«Third, I would like IARC to develop into a center for collaborative research efforts, to facilitate international cancer prevention research», he went on to say.

Dr Lars E. Hanssen, Chair of the IARC Governing Council, in the name of the Council, expressed his appreciation and deep gratitude to outgoing Director Dr Peter Boyle for his work and commitment to global cancer control and prevention. Dr Boyle will remain in office until the end of his five-year term in December 2008.

The International Agency for Research on Cancer (IARC) is part of the World Health Organization. Its mission is to coordinate and conduct research on the causes of human cancer, the mechanisms of carcinogenesis, and to develop scientific strategies for cancer control. The mandate of the world cancer research agency is to coordinate international research to take advantage of synergies and disseminate scientific information through publications, meetings, courses, and fellowships.



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Fortschritte in der Onkologie

 **Nexavar**[®]
(sorafenib) tablets

ZEVALIN[®]
Ibritumomab tiuxetan

 **MabCampath**[®]
Alemtuzumab

 **Fludara**[®]
fludarabine phosphate

Bayer (Schweiz) AG
Grubenstrasse 6
8045 Zürich

Tel. +41 (0)44 465 82 65
Fax +41 (0)44 465 82 62

www.bayerscheringpharma.ch

U-070320-1-d-CH

NAVELBINE®

vinorelbine

NEW
NAVELBINE® ORAL
reimbursed

Efficacy

Safety

Oral and IV

FORMS AND PRESENTATIONS: IV: 1 ml and 5 ml vials containing 10 and 50 mg of vinorelbine base. Oral: soft capsules with 20 and 30 mg of vinorelbine base. **PHARMACOLOGICAL PROPERTIES:** Navelbine is a cytostatic of the vinca alkaloid group. The molecular target of its activity is tubulin/microtubule dynamic equilibrium. **THERAPEUTIC INDICATIONS:** • Non small cell lung cancer (IV and Oral) • Metastatic breast cancer (IV). **CONTRA-INDICATIONS:** • Pregnancy • Nursing mothers • Severe hepatic insufficiency. **WARNINGS:** Navelbine IV should be administered by strict intravenous route. Navelbine oral only by strict oral route. **PRECAUTIONS:** - Treatment must be conducted under strict haematological supervision (determination of hemoglobin level, leucocyte and granulocyte count before any new administration). If the neutrophil count is < 1500/mm³ and/or the platelet count is < 75'000/mm³ the treatment should be delayed until normalization and the patient should be kept under close surveillance - In case of hepatic insufficiency dosage should be reduced - Due to the lack of studies concerning renal insufficiency, caution is highly recommended when initiating treatment - Avoid any accidental contamination of the eyes: risk of severe irritation up to corneal ulceration if the drug is projected under pressure - If such a case occurs, rinse immediately with water or isotonic solution - Avoid to chew or suck the soft capsule - **SIDE EFFECTS:** - Haematological toxicity: The limiting toxicity is granulocytopenia • Anemia is frequent but moderate - Neurotoxicity: • Peripheral: generally limited to abolition of the deep tendinous reflexes. Severe paresthesiae are uncommon. Weakness in lower limbs may be observed after prolonged treatment. • Digestive autonomic nervous system: the main

manifestation is paresia leading to constipation. Rare cases of paralytic ileus have been observed. - Gastrointestinal toxicity: • Constipation • Nausea • Vomiting: the incidence is relatively low. - Also reported: • Alopecia (progressive and moderate), jaw pain. - All extravasation of the drug during intravenous injection may produce severe local reactions which may lead to necrosis. **DOSAGE AND ADMINISTRATION:** IV: As a single agent, the usual dose is 25 to 30 mg/m² administered weekly. - In polychemo-therapy, the dose and frequency of administration are dependent upon protocol regimen. The injected dose should be diluted in a saline solution (e.g. 50 ml) and infused over a short period (6 to 10 minutes). Administration must be followed by a vein washout using isotonic solution. - Oral: In combination therapy the first dose will be 25 mg/m² Navelbine IV plus 100 mg/m² Cisplatin at day 1, and then at day 8, 15 and 22 only Navelbine oral 60 mg/m². This cycle can be repeated every 4 weeks. - In the event of hepatic or renal insufficiency, the dosage must be reduced. **OVERDOSE:** The major consequence of overdose is the onset of a severe granulocytopenia with a risk of infection which may threaten the vital prognosis. **SHELF-LIFE:** Do not use after the date indicated on the packaging. **SPECIAL STORAGE CAUTIONS:** - To be stored in a refrigerator (2°C to 8°C) and away from light. List A. For detailed information please read the data sheet or consult www.documed.ch.



Pierre Fabre
Médicament

Robapharm AG, Gewerbestrasse 18, 4123 Allschwil
Phone: 061 487 88 88, Fax: 061 487 88 99.

How to reduce the Cancer Burden in Europe? Brdo, Slovenia, 7-8 February 2008

Franco Cavalli, UICC Präsident, Onkologisches Institut der Italienischen Schweiz, Bellinzona

Die ersten sechs Monate dieses Jahres hat Slowenien das Präsidium der EU inne. Alle sechs Monate muss die Regierung, die das halbe Jahr die EU präsidiert, ein Thema angeben und dann eine grosse Expertenkonferenz organisieren. Slowenien hat Krebs gewählt. Deswegen hat anfangs Februar Brdo (eine der früheren Residenzen von Marshall Tito, etwa 30 km von Ljubljana) ca. 250 Experten aus ganz Europa für ein solches Meeting «by invitation only» zusammen gebracht. Neben Onkologen, Epidemiologen und Forschern waren auch recht viele Politiker, Gesundheitsökonom, hohe Beamte der Gesundheitsministerien, Vertreter von Patientenorganisationen und NGOs, Psychoonkologen, Sozialarbeiter usw. vertreten. Ich muss sagen, dass sich die kleine Republik im Norden von Ex-Jugoslawien (Fläche weniger als die Hälfte der Schweiz, zwei Millionen Einwohner) viel Mühe auf dem Gebiet der Krebsbekämpfung gibt. Sie hat ein recht gut funktionierendes nationales Krebsregister, das Comprehensive Cancer Center Ljubljana ist ausgezeichnet (es nimmt an den IBCSG Studien teil), das Rauchen in den Restaurants wurde kürzlich verboten, und in den Schulen werden recht grosse Anstrengungen zwecks Präventionserziehung der jungen Leute vorgenommen.

Die Konferenz wurde von der slowenischen Gesundheitsministerin Kukurjovic und vom EU Gesundheitskommissar Kyprianou eröffnet. Kernstück des Ganzen war zuerst einmal die Vorstellung der aktuellen Tendenzen in der Krebshäufigkeit und -sterblichkeit in Europa durch P. Boyle (IARC Lyon), wobei dann M. Coleman (London) das Buch «Responding to the Challenge of Cancer

in Europe» vorstellte, das gerade einen Tag zuvor zu diesem Anlass herausgegeben wurde.

Global lässt sich die Situation folgendermassen zusammenfassen: In Westeuropa nimmt die Krebssterblichkeit nicht mehr zu oder sogar leicht ab, trotz weiterer Zunahme der Krebshäufigkeit, vor allem, weil sich die Resultate beim Brust-, Darm- und Prostatakrebs verbessern. Bei Prostatakrebs kann man sich fragen, inwieweit dies zum Teil ein Antefakt ist, da mit dem PSA viele indolente Fälle früher als sonst diagnostiziert werden. Gesamthaft nimmt in Westeuropa auch die Sterblichkeit wegen Lungentumoren bei Männern nicht mehr zu, im Gegensatz zur Tendenz bei Frauen. In Osteuropa nimmt jedoch die Sterblichkeit im Allgemeinen noch recht stark zu. Dabei spielen verspätete Diagnose und Fehlen von Behandlungsmöglichkeiten eine mindestens so grosse Rolle wie das Verhalten der Bevölkerung, die im Vergleich zum Rest von Europa immer noch mehr Alkohol und Zigaretten konsumiert. Bei gewissen Tumorarten sind die Sterblichkeitsraten in Osteuropa manchmal 2-3 mal höher als in Westeuropa!

Zusammen mit zwei Gesundheitsministern, Vertretern verschiedener Gesundheitsministerien und der WHO nahm ich dann als UICC Präsident an einem Rundgespräch teil, wo man über die Möglichkeiten diskutiert hat, die Resultate im gesamten europäischen Rahmen zu verbessern. Natürlich spielt dabei die primäre und die sekundäre Prävention die Hauptrolle, wobei aber auch die Effizienz des Gesundheitssystems bei den meisten Tumorarten statistisch einen sehr starken Einfluss ausübt.

In dieser Hinsicht wurden wiederholt Klagen und Vorwürfe laut, die auf die äusserst negative Rolle hinwiesen, die die ins Unermessliche steigenden Medikamentenpreise der Krebsmittel immer deutlicher spielen, indem sie vor allem in Osteuropa die Entwicklung eines gesunden Gesundheitssystems hemmen. Die dortigen Regierungen sehen sich aufgrund von Medienkampagnen einem starken Druck zugunsten der Zulassung neuer Antikrebsmedikamente ausgesetzt. Daher bleiben keine Mittel mehr für Präventionskampagnen, Screenings und den Ausbau von lebenswichtigen Gesundheitsstrukturen übrig.

Als UICC Präsident wies ich auf den besonderen Wert des World Cancer Day (4. Februar dieses Jahres) und auf die World Cancer Campaign hin, über die wir in diesem Bulletin schon öfter berichteten. Ich ermunterte die europäischen Vertreter, so wie es z.B. die Chinesen oder die Südafrikaner getan haben, die World Cancer Declaration (siehe Krebsbulletin Nr. 4, Dezember 2006, Seiten 315-316) zu übernehmen, um daraus eine europäische Version zu machen. Diese würde europaweit die Prioritäten für die nächsten Jahre setzen. Viele Vertreter der Forschung und der Krebsbehandlung bemängelten das Fehlen «vertikaler Programme» im Rahmen der EU, die sich direkt und ausschliesslich mit der Krebsbekämpfung befassen würden. Hier hatte einmal die EU mit dem Programm «Europe Against Cancer» eine Vorreiterrolle gespielt. Seitdem dieses Programm eingestellt wurde, ist Krebs in sehr vielen horizontalen Programmen «verschwunden», was sich als stark nachteilig vor allem für die Krebsforschung erwiesen hat. Es war schlussendlich vielleicht die wichtigste Folgerung,

zu der die Teilnehmer in Brdo kamen: Europa und vor allem die EU brauchen unbedingt wieder Programme, die auf Krebs fokussiert sind. Nur so wird sich das «Cancer Burden in Europe», Thema dieser Konferenz, bald und einheitlich auf unserem Kontinent verringern lassen.

Zum Schluss eine persönliche Betrachtung: Als Schweizer habe ich mich bei der Konferenz ziemlich allein gefühlt. Ich vertrat ja nicht unser Land, sondern die UICC. Die Schweiz scheint immer mehr ausserhalb von Europa zu leben. Das war nicht nur bei dieser Konferenz, son-

dern im Allgemeinen bei allen möglichen internationalen Anlässen in letzter Zeit der Fall. Vielleicht sollten wir uns auch in Onkologenkreisen wieder einmal Gedanken darüber machen.... Euro-Fussball 08 wird da nicht genügen!

F. Cavalli

Sollte Swissmedic das Gleiche tun?

In den letzten Jahren haben wir in diesem Bulletin häufig über die finanziellen Schwierigkeiten der akademischen Forschung berichtet. Hauptprobleme dabei sind z.B. die fehlende Finanzierung (wenn keine pharmazeutische Industrie im Spiel ist) von klinischen Forschungsprojekten, sei es auch nur die Bezahlung der immer teurer werdenden Versicherungspolicen. Andererseits werden Studien bei relativ seltenen Tumoren (sogar wenn sie multizentrisch durchgeführt werden) wegen des administrativen Aufwands und der Kosten, z.B. bei den Eingaben an die ethischen Komitees, immer weniger berücksichtigt oder anders gesagt fast nie mehr bei uns durchgeführt. Darunter leidet z.B. die International Extranodal Lymphoma Study Group (IELSG): Obwohl diese kooperative Gruppe ihren Sitz in der Schweiz hat, nimmt aufgrund oben erwähnter Schwierigkeiten bei seltenen Lymphomlokalisationen kaum ein Schweizer Zentrum (ausser IOSI) an den Protokollen teil. In fast allen europäischen Ländern sind diese Schwierigkeiten vorhanden, obwohl sie vielleicht in der Schweiz am grössten sind. Italien hat möglicherweise eine gute Lösung gefunden:

AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco, Italianische Arzneimittel-Agentur), die unserer Swissmedic entspricht, finanziert Studien auf folgenden Gebieten:

- Orphan Drugs und/oder Behandlung von seltenen Krankheiten
- Vergleichende Phase III Studien
- Pharmakoepidemiologische Studien, pharmakoökonomische Studien.

Noch innovativer ist die Art, wie solche Studien finanziert werden. Die pharmazeutische Industrie muss nämlich 5% der Gesamtsumme, die sie jährlich für Fortbildungskurse und «Erziehung der Ärzte» investiert, zu diesem Zweck der AIFA abgeben. Dies ergibt eine Summe von etwa 40 Mio Euro jährlich, womit AIFA neben diesen Forschungsprojekten auch verschiedene andere Aktivitäten finanziert (unabhängige Informationen über Medikamente, gelegentlich die Bezahlung von Orphan Drugs usw.). Jährlich gehen bei AIFA etwa 500 letters of intent solcher Studien ein, wobei dann etwa 1/5 eingeladen wird, ein ausformuliertes Protokoll einzureichen. Etwa die Hälfte davon (ca. 50) wird daraufhin mit einem durchschnittlichen Beitrag von 200-250'000 Euro finanziert.

NB: Alle Protokolle müssen auf Englisch vorbereitet werden, da die Wissenschaftskommission, die diese Projekte bewertet, vor allem aus ausländischen Experten besteht.

Dies ist sicher eine sehr innovative Lösung eines Projektes, mit dem wir uns hier in der Schweiz seit langem herumschlagen. Scheinbar sollte Spanien nächstens auch über eine ähnliche Lösung befinden. Es wäre vielleicht nicht schlecht, wenn Swissmedic sich das auch überlegen würde. Von Bundesrat Couchepin können wir diesbezüglich nicht sehr viel erwarten. Er hatte sich ja geweigert, einen Fonds zu gründen, mit dem man zumindest die Versicherungspolicen dieser klinischen Studien hätte begleichen können.

Die Redaktion

5. Internationale Konferenz «Cancer Prevention» St. Gallen, 6.-8. März 2008

Ursula Kapp, Florian Otto, Hans-Jörg Senn, Tumorzentrum ZeTuP, St. Gallen

Über 180 Teilnehmer aus 32 Ländern – darunter 39 eingeladene, ausgewiesene Experten – versammelten sich im Hörsaal des Weiterbildungszentrums Holzweid der Universität St. Gallen/Schweiz zu dieser zweijährlichen, seit dem Millenniumsjahr 2000 hier zum 5. mal durchgeführten internationalen Konferenz zum Thema «Klinische Krebsprävention». Der Anlass wurde wiederum organisiert durch St. Gallen Oncology Conferences (SONK) im Auftrag der International Society for Cancer Prevention (ISCaP, New York), ko-sponsoriert durch die European School of Oncology (ESO, Milano) und die European Society of Medical Oncology (ESMO, Lugano) sowie erstmals auch durch die UICC, Genf, die American Cancer Society (ACS, Atlanta), Cancer Research UK (CRUK, London) und durch die Krebsliga Schweiz (KLS, Bern). Abgesehen von einem Inserat im Vorprogramm und zwei kleinen Präsenzständen war die forschende Pharmaindustrie an diesem Präventions-Meeting erneut kaum vertreten. Die lokale Organisation lag wieder in den Händen von Prof. Hans-Jörg Senn, Frau Prof. Ursula Kapp und Prof. Florian Otto, alle vom Tumor-Zentrum ZeTuP (Tumordiagnostik, Behandlung und Prävention) mit Hauptsitz in St. Gallen.

Die Eröffnungssitzung war wieder fokussiert auf präventionsbezogene gesundheitspolitische Themen. Nach wie vor geben unsere (insbesondere kontinental-europäischen) Gesundheitssysteme ihr Geld fast ausschliesslich für die «Kuration» aus, und nicht für Prävention. Dies gilt in ganz besonderem Masse für die Schweiz, wie Hans-Jörg Senn in seiner Willkommens-Botschaft an die internationale Teilnehmerschaft ausführte: 98% ihres jährlichen Gesundheits-Budgets von über

50 Milliarden Franken sind gesetzt für «cure and care», 2% für Prävention, für Krebsprävention wiederum nur ein Bruchteil dieses kleinen Anteils! Andere europäische Länder und v.a. die USA sind zum Teil etwas besser dran. Wenn indessen das Geld für die «Kuration und Palliation» wegen zunehmender Alters-Morbidität noch knapper wird, könnte der jetzt schon magere Anteil für die Prävention noch weiter sinken. Dies wäre zwar kurzfristig im Blick auf die Zukunft, aber «billiger» in der Gegenwart – wenigstens für die heutigen Politiker!

Peter Greenwald (NCI, Bethesda, USA) referierte zur Frage, ob wir das heute vorhandene Potential zur Krebsprävention auch richtig nutzen würden. Er unterstrich dabei die Wichtigkeit von «public health policies and education», speziell im Bereich der persönlichen Lebensführung (Anti-Raucher-Kampagnen, Gewichtsprophylaxe, usw.). Er unterstrich auch die dringende Notwendigkeit der Förderung chemopräventiver Forschung und der Entwicklung entsprechender Risiko-Assessment-Modelle sowie des Einbaus präventiv-onkologischer Lerninhalte in den medizinischen Grundausbildungsbetrieb. Franco Cavalli, neuer, dynamischer Präsident der UICC in Genf, behandelte in eindrücklicher Weise das schwierige Thema «Cancer prevention and the developing world: Mission impossible»?

Die erste Keynote Lecture am Eröffnungstag, dem 6. März 2008, wurde gehalten von Scott M. Lippman vom M.D. Anderson Cancer Hospital in Houston/Texas. Er betonte im Gegensatz zur ökonomischen «prevention versus cure divergence» von Hans-Jörg Senn die Möglichkeit einer «cancer prevention and therapy convergence». Seiner Meinung nach

sollte die richtige Zielscheibe der Krebsprävention das Stadium der pharmakologisch noch potentiell eradizierbaren «Mikroneoplasie» sein, welche zwar bildgebend noch unsichtbar ist, sich aber durch geeignete molekulare Risiko-Marker identifizieren lassen sollte. Dabei ging er insbesondere auf die oralen Präkanzerosen und die frühen Plattenepitheldysplasien im ORL-Bereich und deren Chemoprävention ein. Er berichtete auch über einen neuen Test, welcher besonders gefährdete Schleimhautareale mit einem hohen Transformations-Risiko in HNSCC anzeigt und sich als Modell für klinisch-präventive Prospektiv-Studien anbietet. David Sidranski (John Hopkins Center, Baltimore/USA) berichtete über seine Studien mit Hypermethylierung als frühen Marker für HNSCC sowie für andere Tumoren wie Lungen-, Blasen- und Prostatakrebs. Ugur Sahin (Johannes Gutenberg Universität, Mainz/Deutschland) referierte über spezifische Genprodukte, welche Anlass zur Bildung krebsassoziierter Autoantikörper gaben, welche sich unter Umständen als Risiko-Marker für die gezielte Krebs-Chemoprävention eignen könnten. Er zeigte auf, dass diese spezifischen Autoantikörper mehrere Jahre vor der üblichen klinischen Krebsdiagnose nachweisbar sind. Die klinische Bedeutung dieser Marker ist derzeit jedoch noch ungeklärt.

Sehr interessante Daten wurden präsentiert zum Themenkreis Krebs und Ernährung sowie Diät-Bestandteilen. Michael Pollack (Jewish General Hospital, Montreal/Canada) berichtete über die Zusammenhänge zwischen der sog. Energie-Balance und dem Krebsrisiko. Letzteres scheint bestimmt zu werden durch den BMI, das Geburtsgewicht, die Kalorien-

zufuhr und das Mass an späterer Bewegung. Alle diese Faktoren beeinflussen ihrerseits den Serumspiegel von Insulin und IgF-I, und diese wiederum das persönliche Krebsrisiko. Anti-IGF-I-Rezeptor-Medikamente sind derzeit in Entwicklung und einige davon bereits in klinischen Phase I-II-Studien. Antony Howell (Christie Hospital, Manchester/UK) legte in seinem Grundsatz-Referat weitere Zusammenhänge zwischen metabolischen Aspekten und dem Krebsrisiko dar. Es wurde gezeigt, dass eine chronische Energie-Restriktion und eine erhöhte Bewegungsaktivität das Brustkrebsrisiko postmenopausaler Frauen vermindern können. Dabei scheinen intermittierende Schemata (z.B. 650 kcal täglich an nur zwei Tagen pro Woche) mindestens so erfolgreich zu sein wie eine kontinuierliche Kalorienrestriktion, möglicherweise über einen auf diese diskontinuierliche Weise tieferen Insulinspiegel. Wanda Baer-Dubrowska (University of Medical Sciences, Poznan/Polen) berichtete über eine Untersuchung der positiven Wirkung chemo-präventiver Isothiocyanate (vorhanden im Saft von Kohlpflanzen) auf die Expression von Enzymen wie CYP1A und P450 in einem Wistar-Ratten-Modell. Clarissa Gerhäuser (Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg) berichtete ihrerseits über neue Daten mit Polyphenolen aus «trübem Apfelsaft», welche in der Lage seien, nach oraler Applikation in aktiver Form im Kolon anzulangen und die Bildung neuer Schleimhaut-Adenome zu vermindern, wahrscheinlich via einen antioxydativen Wirkungsmechanismus. Kava, ein Nationalgetränk im Süd-Pazifik, ist möglicherweise che-

mopräventiv gegen Lungenkarzinome. Chengguo Xing (University of Minnesota, Minneapolis/USA) präsentierte Daten eines diesbezüglichen Mäuse-Modells, und zeigte, dass ca. 30 Wochen nach der oralen Kava-Einnahme eine deutliche Verminderung der Mäuse-Lungentumoren um 56% festgestellt wurde, vermutlich durch Inhibition der Zellproliferation und/oder durch verstärkte Apoptose.

Der klinische Stellenwert einer Tumor-Chemoprävention durch Aspirin und andere NSAID's war das interessante Thema der Schluss-Session am Samstagmorgen, 8. März 2008 – ein erstmaliger Versuch eines internationalen präventiv-onkologischen Konsensus durch ein renommiertes internationales Experten-Gremium. Die Evidenz, dass Aspirin und andere NSAID's mit der Karzinogenese im Kolon interferieren erscheint allseits gesichert, obwohl auch hier noch offene Fragen betreffend Dosierung, Zeitdauer und lebensgeschichtlichem Beginn diese Massnahme offen bleiben müssen. Weniger gut in Studien dokumentiert ist eine mögliche Reduktion des späteren Auftretens von Brustkrebs und anderen Tumorarten wie z.B. dem Lungen- und Pankreas-karzinom. Sehr intensiv diskutiert wurden in diesem Zusammenhang die Nebenwirkungen der verwendeten NSAID's. Zudem stellt sich die Frage, ob die sekundäre Prävention des Kolonkarzinoms durch eine Vorsorge-Koloskopie nicht wirksamer und vor allem kostengünstiger sei als die primäre Prävention mittels langfristig täglich einzunehmendem Aspirin oder anderen NSAID's. Die Experten aus den USA, UK, Italien und der Schweiz

taten sich schwer in der Formulierung eines klaren Konsensus über die derzeitigen Indikationen zur Chemoprävention bestimmter Tumorarten des Menschen. Mehr und klarer gezielte klinisch-präventive Forschung sei dafür nötig, sowohl bezüglich Indikationen wie auch bezüglich Dosierung, Dauer der Einnahme und Beginn versus Lebensalter. Die in Gang gebrachte Diskussion im Konsensus-Panel, welches nun diese Ergebnisse baldmöglichst in einem renommierten Journal zu publizieren gedenkt, hält an. Es sei zum Schluss darauf hingewiesen, dass die Mehrzahl der eingeladenen Experten-Referate im Laufe des Herbsts 2008 publiziert werden in einem Konferenz-Band «Cancer Prevention II» (eds.: Senn HJ, Cuzick J, Greenwald P) in der Serie «Recent Results in Cancer Research» des Springer Verlags, Heidelberg/Deutschland.

Die nächste (sechste) internationale Konferenz «Cancer Prevention 2010» findet vom 18.-20. März 2010 im neu-eröffneten Konferenz-Zentrum des zentral gelegenen Hotels Einstein am Rande der historischen Altstadt von St. Gallen statt.

Prof. Dr. med. Ursula Kapp
Prof. Dr. med. Florian Otto
Prof. Dr. med. Hans-Jörg Senn
Tumorzentrum ZeTuP
(Tumordiagnostik, Behandlung
und Prävention)
Rorschacherstrasse 150
CH-9006 St.Gallen/Schweiz
Fax 071 243 0044
hjsenn@sg.zetup.ch
www.oncoconferences.ch

Primary Therapy of Early Breast Cancer

with Consensus Update

11th International Conference

11 - 14 March 2009

St. Gallen, Switzerland



st. gallen oncology
primary therapy of early breast cancer conferences

Abstract Deadline: 15 December 2008

Information:

Congress-Secretariat «PBC 2009»

c/o ZeTuP, Rorschacherstrasse 150

CH-9006 St.Gallen / Switzerland

Telefon +41 (0)71 243 00 32

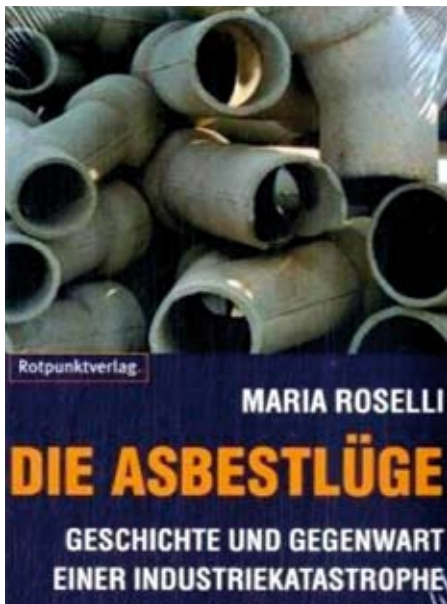
Fax +41 (0)71 245 68 05

info@oncoconferences.ch

www.oncoconferences.ch

Die Asbestlüge

Geschichte und Gegenwart einer Industriekatastrophe



Roselli Maria, *Die Asbestlüge*, 240 S. Rotpunktverlag, 1. Aufl. 20.09.2007 CHF 36.-, € 24.-, ISBN 3-85869-355-3

Maria Roselli ist in Italien geboren, aber in der Schweiz aufgewachsen. Seit 1990 arbeitet sie als Reporterin und freischaffende Journalistin in Zürich. Mit diesem kleinen Buch ist ihr ein glänzender Bericht über die Asbest-Katastrophe gelungen: Klar, knapp, gut dokumentiert und präzise. Alle fünf Minuten stirbt auf der Welt ein Mensch an einem asbestbedingten Leiden. Bis zum Jahr 2030 werden allein in Europa an die 500'000 Menschen an asbestbedingten Tumoren sterben und dies, obwohl am 1. Januar 2005 endlich das Asbestverbot in allen Staaten der EU in Kraft trat. Aufgrund der langen Latenzzeit wird nämlich die Zahl der Opfer bis zum Jahr 2025 noch kontinuierlich steigen. Erst danach ist in Europa ein Abklingen zu erwarten.

Über Jahrzehnte galt Asbest wegen seiner Eigenschaften (es ist z.B. praktisch feuerfest) als idealer Baustoff. Doch die «Wunderfaser» hatte sich

bereits relativ früh als Killerfaser entpuppt. Bereits im Jahr 1918 weigerten sich erste amerikanische Lebensversicherer aufgrund bereits bekannter Asbestosefälle, Arbeiter, die in der asbestverarbeitenden Industrie tätig waren, zu versichern. Bereits in den 40er Jahren vermutete man, dass Asbest Lungenkrebs verursachen kann, und zu Beginn der 60er Jahre wurde dann der Beweis geliefert, dass ein Kausalzusammenhang zwischen Mesotheliom und Asbest bestand. Wie die Tabakindustrie es einige Jahre später im Falle des Zusammenhangs Tabak - Lungenkrebs tun wird, verharmloste die Lobby der Asbestindustriellen diese Berichte und unterschlug solange es ging diese wissenschaftlichen Erkenntnisse. Dabei benutzte diese Industrie-lobby auch einige Wissenschaftler, die, um die tödliche Gefahr zu verharmlosen, «gekauft» wurden. Auf Grund eines kürzlich erschienenen Buches, das in den USA ein sehr starkes Interesse geweckt hat (*The Secret History of the War on Cancer*, Devra Davis, Basic Books, 2007), soll sogar Richard Doll während langer Zeit die Gefahr von Asbest verharmlost haben. Heute setzen nebst Brasilien und der Asbest-Hochburg Kanada hauptsächlich asiatische Länder und Russland auf die «Wunderfaser». Wie im Falle von Tabak haben die Asbestindustriellen ihre Produktion im Zuge der in Europa und USA entfachten Diskussionen jetzt insbesondere nach Asien verlegt. Laut der internationalen Arbeitsorganisation ILO sterben weltweit jährlich an die 100'000 - 140'000 Menschen an Krankheiten, die durch Asbest verursacht worden sind. Immer stärker davon betroffen sind vor allem die Länder der ehemaligen Sowjetunion.

Dass zumindest in Europa der Ausstieg geglückt ist, ist dem Zusammenspiel von drei Faktoren zuzuschreiben:

Das Verbot in Schweden Mitte der 70er Jahre, die Prozesswelle in den USA und der wachsende Druck der Gewerkschaften. Man kann sich aber fragen, wie es möglich ist, dass gut hundert Jahre nach den ersten alarmierenden medizinischen Erkenntnissen dieser krebserregende Baustoff in den meisten Ländern der Welt noch immer legal verkauft werden kann. Das Buch von Maria Roselli liefert dazu eine klare Erklärung: Übermacht der Industrielobbies und das Schweigen vieler Wissenschaftler. Das Buch ist für uns besonders interessant, da die Schweizer Industrie in dieser Geschichte von Anfang an eine sehr bedeutende Rolle spielte. Niederurnen im Kanton Glarus, der Hauptsitz der Eternit-Gruppe der Familie Schmidheiny, war Jahrzehnte lang eines der internationalen Machtzentren der Asbestzementindustrie. Ab 1929 hatte auch das Kartell der Asbestzementproduzenten (die internationale Asbestzement AG) seinen Sitz in den Büros Eternit AG in Niederurnen.

Zum Teil liest sich die Geschichte über das, was in der Schweiz und weltweit passiert ist, wie ein Kriminalroman. Es ist ganz ähnlich zu dem, was sich noch heute auf dem Gebiet des Kampfes gegen Tabak abspielt. Man weiss z.B., dass die internationale Tabaklobby sich jetzt auf Afrika konzentriert, da, wie erst kürzlich in einem geheimem Papier zu lesen war, «dieser der letzte Kontinent ist, den es noch zu erobern gilt». Obwohl viele vor allem in der Dritten Welt die Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) der WHO unterschrieben haben, ist es der Tabaklobby in den meisten dieser Länder bis jetzt gelungen, die Gesetzgebung bezüglich dieser Seuche zu verhindern. Man kann sich deswegen sehr leicht vorstellen, wie es vor 50-60 Jahren noch viel schwieriger gewesen sein muss, gegen die Übermacht der Asbestindustrie zu kämpfen, in einem Moment, wo das Gewicht der öffentlichen Meinung noch geringer als heute war. Dieses kleine Buch, das man in wenigen Stunden gelesen hat, kann jedem Onkologen und jedem Wissenschaftler, der einigermaßen eine soziale Verantwortung fühlt, wärmstens empfohlen werden.

F. Cavalli

Lugano 20.09.2008 18.00



5km per la ricerca sul cancro
für die Krebsforschung
pour la recherche contre le cancer



www.corsadellasperanza.ch

Bevorstehende onkologische Ereignisse

2008

- 03.07.
Lugano
ESO Symposium Breast cancer in young women
European School of Oncology Bellinzona Office
Email: cmelcher@eso.net, www.cancerworld.org/eso
- 14.-15.08.
Davos
Cancer Pain & Pain in Palliative Care
St. Gallen Oncology Conferences
Email: cancerpain@oncoconferences.ch
- 27.-31.08.
Geneva
Towards True Cancer Control
UICC World Cancer Congress 2008
Read more: www.uicc-congress08.org
- 28.-29.08.
Geneva
ESO Symposia during the World Cancer Congress
Geriatric Oncology (28.08.)
High performing cancer systems (29.08.)
Cancer on the Internet (29.08.)
European School of Oncology Bellinzona Office
Email: cmelcher@eso.net, www.cancerworld.org/eso
- 03.-04.09.
St. Gallen
11. Internationales Seminar: Onkologische Krankenpflege – Fortgeschrittene Praxis
European School of Oncology – Deutschsprachiges Programm (ESO-d)
Tel. +41 71 243 00 32, Fax +41 71 245 68 05, Email: eso-d@zetup.ch, www.zetup.ch
- 08.09.
Lugano
«Ti sono tanto vicino...» uno sguardo al tema tabù del cancro - Nuovostudiofoce - ore 19.00
Teatro interattivo - Interazione con malati di cancro e i loro congiunti - **formazione professionale rivolta al personale dell'Ente Ospedaliero (EOC)**, Email: curepalliative.lugano@eoc.ch, www.mepha.ch
- 08.-10.09.
The Hague, NL
Advanced Course on Rectal Cancer
European School of Oncology, Via del Bollo 4, I-20123 Milano
Email: communication@eso.net, www.cancerworld.org/eso
- 20.09.
Lugano
La Corsa della Speranza - 5km Volkslauf für die Krebsforschung
Info: Karin Lerch, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, 6500 Bellinzona
Tel. 091 811 82 30, Fax 091 811 91 82, Email: info@corsadellasperanza.ch, www.corsadellasperanza.ch
- 29.09.
Bellinzona
«Ti sono tanto vicino...» uno sguardo al tema tabù del cancro - Teatro Sociale - ore 19.00
Teatro interattivo - Interazione con malati di cancro e i loro congiunti - **formazione professionale rivolta al personale dell'Ente Ospedaliero (EOC)**, Email: curepalliative.lugano@eoc.ch, www.mepha.ch
- 11.10.
Lugano
«Ti sono tanto vicino...» uno sguardo al tema tabù del cancro - Teatro Cittadella - ore 17.00
Teatro interattivo - Interazione con malati di cancro e i loro congiunti - **rappresentazione pubblica**
Email: curepalliative.lugano@eoc.ch, www.mepha.ch
- 16.-17.10.
Madrid, ES
Tumores Neuroendocrinos
European School of Oncology, Via del Bollo 4, I-20123 Milano
Email: dmengato@eso.net, www.cancerworld.org/eso
- 20.-21.10.
Rapallo, IT
La chirurgia oncoplastica nel carcinoma della mammella
European School of Oncology, Via del Bollo 4, I-20123 Milano
Email: fmarangoni@eso.net, www.cancerworld.org/eso
- 03.-04.11.
Stresa, IT
The Role of Endoscopy in the management of Gastrointestinal Neoplasia
European School of Oncology, Via del Bollo 4, I-20123 Milano
Email: fmarangoni@eso.net, www.cancerworld.org/eso
- 07.-13.11.
Ascona
Masterclass in Paediatric Oncology (application deadline **20.6.08**)
European School of Oncology, Via del Bollo 4, I-20123 Milano
Email: rdemartini@eso.net, www.cancerworld.org/eso
- 20.-21.11.
Basel
SAKK Halbjahresversammlung
- 20.11.
Aarau
Nationale Psychoonkologie-Fachtagung / Conférence nationale de psycho-oncologie
Ort: Kultur & Kongresshaus, Aarau
Info: Krebsliga Aargau, Milchgasse 41, 5000 Aarau, Florian Helfrich, Tel. 062 834 75 75
Email: florian.helfrich@krebsslga-aargau.ch
- 22.-28.11.
St Julians, MT
Masterclass on Radiation Therapy (application deadline **1.7.08**)
European School of Oncology Bellinzona Office
Email: masterclass@eso.net, www.cancerworld.org/eso
- 03.-04.12.
Biel
Nationale Palliative Care Konsensustagung 2008
Kongresszentrum Biel
Online-Registrierung: www.congress-info.ch/palliative/p5_2.html

2009

- 11.-14.03.
St. Gallen
Primary Therapy of Early Breast Cancer 2009
11th International Conference
Info: St. Gallen Oncology Conferences «PBC 2009», CH-9006 St. Gallen, Switzerland, Fax +41 71 245 68 05
Email: info@oncoconferences.ch, www.oncoconferences.ch

Avastin® — la bonne option pour la vie



NEW

First-line mBC¹

NEW

First-line NSCLC¹

First-line mCRC¹



Turn down angiogenesis

Sources:

¹ Compendium Suisse des médicaments (www.kompendum.ch)

Avastin® (bévacizumab, anticorps monoclonal humanisé recombinant) **Indications:** Cancer colo-rectal (CRC): Traitement de première ligne du cancer colo-rectal métastatique dans le cadre d'une administration combinée avec l'association 5-fluorouracil/acide folinique ou l'association 5-fluorouracil/acide folinique/irinotécan, administrées par voie intraveineuse. Cancer du poumon non à petites cellules (NSCLC): Traitement de première ligne du NSCLC non épidermoïde non opérable au stade avancé, métastatique ou récidivant, en association avec une chimiothérapie à base de cisplatine et de gemcitabine. Cancer du sein (BC): Traitement de première ligne du cancer du sein HER2-négatif, localement récidivant ou métastatique, en association avec le paclitaxel. **Posologie:** CRC: 5 mg/kg en perfusion toutes les deux semaines jusqu'à la progression de la tumeur. NSCLC: 7,5 mg/kg en perfusion toutes les trois semaines, en association avec une chimiothérapie à base de cisplatine et de gemcitabine, pendant une période allant jusqu'à 6 cycles thérapeutiques. Le traitement par Avastin est ensuite poursuivi en monothérapie jusqu'à la progression tumorale. BC: 10 mg/kg en perfusion toutes les deux semaines jusqu'à la progression tumorale. **Contre-indications:** Hypersensibilité au bévacizumab, aux produits à base de cellules CHO (ovaire de hamster chinois) ou à un autre composant du médicament; patients avec métastases non traitées au niveau du SNC. **Précautions:** Avant l'instauration du traitement, il convient de stabiliser de manière adéquate une hypertension préexistante. Arrêter

définitivement le traitement en cas de protéinurie de grade 4. Avastin peut compromettre la cicatrisation. L'incidence des thromboembolies artérielles et veineuses est plus élevée sous Avastin. Il convient d'arrêter le traitement par Avastin chez les patients avec embolie pulmonaire de grade 4. Les patients sous Avastin présentent un risque augmenté d'hémorragies. Le traitement par Avastin doit être définitivement arrêté en cas d'hémorragies de grade 3/4. Ne pas administrer Avastin à des patients avec antécédents récents d'hémorragie pulmonaire/d'hémoptyse. Risque potentiellement accru de perforation gastro-intestinale et de formation de fistules. **Effets indésirables:** Hypertension, fatigue ou asthénie, diarrhée, nausées, douleurs abdominales, protéinurie, troubles de la cicatrisation, thromboembolies artérielles (en particulier chez les patients de plus de 65 ans), thromboembolies veineuses (y compris embolies pulmonaires), insuffisance cardiaque chronique, perforations gastro-intestinales, fistules, hémorragies (y compris hémorragies pulmonaires/hémoptyses), encéphalopathie hypertensive, syndrome de leuco-encéphalopathie postérieure réversible, hypertension pulmonaire, perforation du septum nasal. **Présentation:** 100 mg de bévacizumab en flacon à 4 ml (25 mg/ml); 400 mg de bévacizumab en flacon à 16 ml (25 mg/ml). **Liste A. Admis par les caisses-maladie (L).** Pour une information détaillée, notamment en ce qui concerne les précautions et les effets indésirables, veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments®.

Roche

Roche Pharma (Suisse) SA
4153 Reinach

switzerland.oncology@roche.com, www.roche-oncology.ch

Tél. 061 715 43 16, Fax 061 715 42 70

In Ph+CML upon progression, resistance to optimal imatinib dosing or significant imatinib-related toxicities

I was

resistant to optimal imatinib dosing

I am

turning to SPRYCEL®

NEW
SPRYCEL
dasatinib

SPRYCEL® Brief information

Product: SPRYCEL® (dasatinib). **Indication:** Treatment of patients with Philadelphia chromosome-positive chronic myeloid leukaemia (Ph+CML) in the chronic phase upon progression or resistance to optimal imatinib dosing, in the accelerated phase or in blast crisis upon progression or resistance to imatinib. Treatment of patients with chronic Ph+CML in the chronic phase, accelerated phase or blast crisis with significant toxicity under imatinib treatment. **Dosage / Administration:** The recommended dosage is 70 mg taken orally 2 x daily, once in the morning and once in the evening, with or without a meal. **Special dosage instructions:** In the case of ANC < $0.5 \times 10^9/l$ and/or platelets < $50 \times 10^9/l$, it is recommended to temporarily discontinue treatment until recovery to ANC $\geq 1.0 \times 10^9/l$ and platelets $\geq 50 \times 10^9/l$. Treatment can then be recommenced with the original dosage. In the case of platelet values of < $25 \times 10^9/l$ and/or reoccurrence of ANC < $0.5 \times 10^9/l$, treatment should be temporarily discontinued and then recommenced with a reduced dose of 50 mg 2 x daily, or 40 mg 2 x daily in the case of a previous dose reduction. In the case of a serious, non-haematological adverse event, dasatinib must be discontinued until the reaction has subsided. Depending on the severity of the original event, treatment can be recommenced with a reduced dose if appropriate. **Contraindications:** Hypersensitivity to the active ingredient or to one of the inactive ingredients as listed. Pregnancy and breastfeeding. **Warnings / Precautionary:** The most frequent and dose-limiting adverse events caused by dasatinib are grade 3/4 neutropenia and grade 3/4 thrombocytopenia. Patients being treated with thrombocyte aggregation inhibitors or anticoagulants were excluded from participating in clinical trials with SPRYCEL®. Dasatinib should not be administered concomitantly with other drugs that increase the risk of bleeding. Fluid retention was severe in 7% of patients. Pleural effusions and pericardial effusions, ascites, generalised oedemas and pulmonary oedemas of non-cardiac origin were observed. QT prolongation was observed in clinical trials. **Interactions:** Dasatinib is primarily metabolised via the CYP 3A4 isoenzyme, which can result in numerous possible drug interactions. Please see the detailed description in the summary of product characteristics. **Undesirable effects:** The majority of dasatinib-treated patients experienced adverse events. Most reactions were mild to moderate. It was necessary to discontinue the medication in an average of about 7% of patients. The most frequently reported adverse events included oedema / fluid retention (including pleural effusion), diarrhoea, rash, headache, bleeding, fatigue, nausea and dyspnoea. Myelosuppression with thrombocytopenia and neutropenia was dose-limiting. Febrile neutropenia was reported in 4% of patients. Please see the detailed description in the summary of product characteristics. **Packs:** SPRYCEL® 20mg, 50mg and 70mg film-coated tablets, HDPE bottles with 60 film-coated tablets (A). The complete summary of product characteristics is available at: www.kompendum.ch. Literature is available on request from: Bristol-Myers Squibb SA, Neuhofstrasse 6, 6341 Baar.

